جامعة مؤتة

عمادة الدراسات العليا

أثر تطبيق معايير الاعتماد للمستشفيات الحكومية الأردنية المطبقة لبرنامج الجودة في جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر العاملين فيها

إعداد الطالبة

زينه طارق العانـــي

إشراف

الدكتور معتصم عبدالوهاب المجالي

رسالة مقدمة إلى عمادة الدراسات العليـــــا

استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير

فـــي الإدارة العامـة قســم الإدارة العامــة

جامعة مؤتة، 2010

الإهـــداء

إلى سيد الخلق وخير الأنام سيدنا محمد –عليه الصلاة والسلام-.

اللهم اجعل سنته منهجاً وطريقاً لنا ولكل المسلمين.

إلى بلادي العراق وبلادي الثاني الأردن ومحافظة الكرك.

إلى والدي العزيزين:

هذه ثمرة عطائكم... لا يسعني إلا أن أقول "رب ارحمهما كما ربيـاني صغيرا، وبارك في عمرهما .

إلى زوجي العزيز والغالي منتصر:

اللهم اجزيه عنّي خير الجزاء وكن له سنداً في حياته

إلى إخوتي وأخواتي وابنة أختي الغالية مروة.

اللهم وفقهم ... وييسر كلّ أمورهم

إلى ابنتي: سارة وروان...

اشكرهم لصبرهم علي

إلى أساتذتي الأفاضل في جامعة مؤتة

إلى كلّ من مد يد العون والمساعدة

جزاهم الله عني خير الجزاء

زينه طارق العانــي

الشكـر والتقديـر

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات, والحمد لله حتى يرضى وإذا رضى، وبعد الرضا, والحمد لله كما ينبغي لجلال وجهه الكريم وعظيم سلطانه، وأتقدم بجزيل الشكر والامتنان والعرفان إلى المشرف الدكتور معتصم عبدالوهاب المجالي الذي أشرف على هذا العمل وبذل الجهود والتوجيهات السديدة، والآراء العلمية الغنية والملاحظات القيمة والثرية والتشجيع العلمي رغم ما يمر به من ظروف صعبة جزاه الله عني خير الجزاء، وأتقدم بوافر الشكر والتقدير للأستاذ الدكتور نضال الحوامدة لكل ما قدم من علم ومعرفة وإثراء للرسالة. هذا وأتقدم بجزيل الشكر والاحترام إلى الأساتذة الكرام: الدكتور خالد الزعبي الدكتور محمد إبراهيم الطراونة والأستاذ الدكتور غازي أبو قاعود أعضاء لجنة المناقشة على تكرمهم علي بقبول مناقشة الرسالة ليسهموا في إنجازها وخروجها إلى النور بأفضل ما يمكن. وجزيل الشكر الصادق إلى الأساتذة الأفاضل الذين قاموا بتحكيم استبانة الرسالة وما قدموه من أفكار علمية مدعمة بالنصائح السديدة وخصوصاً: الدكتور ياسر المنصور والأستاذ الدكتور ثامر البكري, وشكري وامتناني إلى الدكتور إبراهيم الطراونة والدكتور نعمة الخفاجي, والدكتور هيثم الدويري في مديرية الجودة التابعة لوزارة الصحة الأردنية على منحه لي نسخة المعايير الوطنية.

وأشكر الدكتور فيصل الشواوره والدكتور ولاء الجاف، وإلى الآنسة ليلى القطاونة في وحدة القبول والتسجيل، ومحمد الطراونة في ديوان عمادة كلية إدارة الأعمال، وإلى السيدة كفا سكرتيرة قسم الإدارة العامة، والسيد مهند المجالي والآنسة كفا الملاحمه في عمادة الدراسات العليا على لطفهم وكرمهم والدعم المعنوي الذي قدموه لي.

وإلى الدكتور سامي الدليمي وكيل وزارة الصحة وإلى كادر مستشفى الكرك، وخصوصاً مسؤولة وحدة الجودة السيدة وفاء المعايطة والآنسة ختام وإلى كادر مستشفى البشير وخصوصاً الدكتور قيس العاني وإلى مدير المستشفى جميل التوتنجي د.خالد الخرابشة وكادرها, وإلى مدير مستشفى الحسين د.سعد الخرابشة، ومسؤولة وحدة الجودة الست حنان على كرم تعاملهم معي. والشكر والتقدير وكل الحب والامتنان إلى محافظة الكرك الطيبة وخصوصاً عائلة السيد عبداللطيف البنوي الكريمة.

والشكر والتقدير إلى السيد عمرو ياسر لما بذله من جهود في اعداد هذه الرسالة.

زينه طارق العانـــي

فهرس المحتويات

قائمة الجــداول

قائمة الأشكـــال

قائمة الملاحـــق

الملخص

أثر تطبيق معايير الاعتماد للمستشفيات الحكومية الأردنية المطبقة لبرنامج الجودة في جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر العاملين فيها

زينه طارق العاني

جامعه مؤتة، 2010م

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر تطبيق معايير اعتماد المستشفيات الوطنية على جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية الأردنية المطبقة لبرنامج الجودة من وجهة نظر العاملين فيها, حيث تكون مجتمع الدراسة البالغ (2173) والذي يتكون من (4) مستشفيات حكومية وهي (مستشفى الكرك, مستشفى البشير, مستشفى جميل التوتنجي, مستشفى الحسين في السلط)، والبالغ عددهم (2173). ولتحقيق ذلك الهدف تم تصميم استبانة وزعت على عينة بلغ حجمها (627) فردا والتي مثلت ما نسبته (28.86 %) من مجتمع الدراسة. تم استعادة (593) استبانة, مثلت ما نسبته (94.6%) من عينة الدراسة وكانت (426) استبانة منها صالحة للتحليل الإحصائي, أي ما نسبته (72%)

وقد توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج كان من أهمها: إن المتوسط العام لتصورات المبحوثين نحو تطبيق معايير الاعتماد الأردنية في المستشفيات جاء متوسطاً, و كما أن المتوسط العام لتصورات المبحوثين نحو جودة الخدمات الصحية جاء متوسطاً. وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في تصورات المبحوثين نحو تطبيق المعايير اعتماد المستشفيات بأبعادها مجتمعة تبعاً للمتغيرات (العمر, المؤهل التعليمي, الخبرة العملية, المستوى الوظيفي), وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لتصورات المبحوثين نحو تطبيق معايير اعتماد المستشفيات بأبعادها مجتمعة تبعاً لمتغير النوع الاجتماعي. وجود فروق ذات دلاله إحصائية في تصورات المبحوثين نحو جودة الخدمات الصحية بأبعادها مجتمعة تبعاً للمتغيرات (النوع الاجتماعي، العمر, المؤهل العلمي, الخبرة العملية, المستوى الوظيفي).

وقد توصلت الدراسة إلى عدد من التوصيات، من أهمها: إجراء المزيد من الدراسات حول تطبيق معايير الاعتماد في الأجهزة الحكومية مع تناول معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة. المباشرة في حوسبة الملفات الطبية الخاصة بالمرضى وبالشكل الذي يسهل الرجوع إليها واستدعائها وقت الحاجة.

Abstract

The Impact of Hospital's Accreditation Standards in Governmental's Jordanian Hospital that Implemented Quality Program in Health Services's Quality from Perspective of Workers

Zina Tariq Al-Ani

Mu'tah University, 2010

This study aimed at investigating The impact of hospital's accreditation standards in governmental's Jordanian hospital that implemented quality program in health services's quality from perspective of workers**.**

. The study population compose of (2173) that consisted of (4) hospitals namely (Al- Kark hospital. Al Basheer hospital. Jameel al tutanji hospital , Al Hussein hospital in Al Salt) , to fulfill the purposes of this study , a survey was developed to gather relevant data from the study population which consisted of (627) respondents, which represented (28.85%) of the study population . A total of (593) surveys were returned, (426) questionnaire were valid for statistical analysis which represented (19.60%) of the study sample. Statistical Package of Social Sciences.

The study concluded the following:

1. Mean of respondents's perception towards the hospital accreditation standards was moderate and the mean of respondents's perception of health services's quality was moderate, also.
2. There was a significant statistical differences of respondents's perception towards the hospital accreditation's standards according to (age, educational level, practical knowledge, level of job) there was no significant statistical differences of respondents's perception of hospital accreditation's standards according to (sex).
3. There was a significant statistical differences of respondents's perception towards the health services's quality according to (sex, age, educational level, practical knowledge, level of job).

The study attained many recommendations, the most important of which are:

1. Perform more studies relating to applying selection standards in the Governmental systems accompanied by handling application obstacles of comprehensive quality control.
2. Starting in computerizing the medical files of the patients in a way to ease coming back to and call it on demand.

الفصل الأول

خلفية الدراسة ومشكلتها

1.1 مقدمة الدراسة:

لقد حصلت خلال السنوات القليلة الماضية الكثير من التغيرات التي فرضت نفسها على المنظمات والتي اجبرتها على القيام بما يناسبها من تغيير في الاساليب الادارية التقليدية التي كانت تستخدمة ولفترة طويلة من الزمن وتبني مفاهيم ادارية حديثة والتي عن طريقها يمكن لها ان تحقق اهدافها واهمها النمو والبقاء والاستمرار ومن ابرز هذة التغيرات التطور التكنولجي السريع والانفتاح الاقتصادي العالمي وما نتج عنه من اتفاقات تجارية دوليه وتلاشي الحدود بين الدول،مما أدى الى مواجهة المنظمات الاقتصادية للتحديات الحقيقية والمتمثلة في شدة المنافسة، وزيادة وعي وقدرة الزبائن على التمييز في جودة السلعة او الخدمة المقدمة لهم (الخشالي، 2006: 65). وتطبيق أدارة الجودة الشاملة في الاجهزة الحكومية ولقد ترعرع هذا الاهتمام من المحاولات العامه التي جرت لنقل أساليب القطاع الخاص الى القطاع العام،فقد ادركت العديد من الحكومات أن تبنيها للمبادئ والاساليب والمفاهيم المطبقة في القطاع الخاص قد يحقق لها التحول المطلوب من أداء الاجهزة الحكومية (محارمة، 2008: 91). فقد اخذت منظمات القطاع الحكومي الخدمي بما فيها منظمات الرعاية الصحية وبشكل متزايد بتطبيق أدارة الجودة الشاملة وسعت الى الارتقاء بمستوى الرعاية المقدمة فيها، حتى تصل الى حالة التفوق، الذي يعد مثلا يتوق الية مقدمي الرعاية الصحية والمستفيدين منها على حد سواء واصبحت المستشفيات المجال الاساسي لتطبيق الانظمة الصحية وتقديم الخدمات الصحية العلاجية منها والتعليمية، وتعد اصولا ثابتة كبيرة يصعب تغيير أدائها الا ان انماط عملها يجب ان تتغير لتساير التغيرات ذات الجودة العالية لا سيما وان القطاع الصحي من القطاعات المهمة والؤثرة في الاقتصاد القومي والعالمي، إلا أنه لا ينال الاهتمام الكافي سواء من المسؤولين عن هذه القطاعات أو الباحثين أو الخبراء

والمختصين، خاصة في معالجة قضايا الصحة، سواء على مستوى الفرد أو الأسرة أو المجتمع، وكذلك في حماية البيئة من التلوث (سيف، 2009: 2).

إن النظم الصحية حالياً تعمل مع ظهور التغيرات الاجتماعيـة والاقتـصادية والتكنولوجية السريعة، مما أدى إلى ظهور معايير اعتماد دولية ووطنيـة لتحـسين جودة الرعاية الصحية الأمر الذي يكسب تبني المنظمات الصحية لها اعترافاً وتميزاً حتى على المستوى الدولي ومن أهم هذه المنظمات الصحية: المستشفيات.

حيث تمثل هذه المعايير أسلوب جودة هيكليات الرعاية الـصحية بنـاء علـى معايير معترف بها دولياً سبق تطبيقها وقبولها، مما يضع المستشفيات في مـصاف المؤسسات الصحية التي تقدم الرعاية الصحية طبقاً لأفضل الممارسات الإكلينيكيـة والإدارية المعترف بها دولياً، الأمر الذي يحسن صورة المؤسـسة الـصحية لـدى جمهور المواطنين ويرتقي بسمعتها فتصبح أكثر تنافسية مقارنـة بمثيلاتهـا علـى مستوى العالم المتقدم.

2.1 مشكلة الدراسة:

دفعت ندرة الموارد انتباه انظار القائمين على امر المستشفيات الاردنيـة الـى مدخل ادارة الجودة الشاملة والذي يعتبر من الافرازات الهامة فـي تطـور الفكـر الاداري، والذي اخذ حيزا مهما من تفكير الباحثين وجهودهم في السنوات الاخيـرة، وتوسيع افاقه في مختلف انحاء العالم، الا انه مايزال يعد موضـوعا جديـدا فـي الاردن،وماتزال ابعاده ونتائج تطبيقه يكتنفها بعض الغموض واللاوضوح،لذا غـدأ لزاماً عليها أن تتبنى وضع الطرق التي تضمن تقديم خدمات متميـزة وذات جـودة عالية في عصر أصبح فيه المواطن على درجة عالية من الوعي بأهمية ما تقدمـة أجهزة الدولة من خدمات، والتي يرغب بالمزيد منها وبأفضل صورها. **وعليه تكمن مشكلة هذه الدراسة في السؤال الرئيسي الاتي:** مااثر تطبيـق معـايير الاعتمـاد للمستشفيات الحكومية الاردنية المطبقة لبرنامج الجودة في جودة خدمات الـصحية من وجهة نظر العاملين فيها.

3.1 أهمية الدراسة:

تستمد الدراسة الحالية اهميتها من الاهتمام بالانسان وانتاجه الاجتماعي الـذي يتراكم مع مرور الوقت، وعدم التقيد بمجال وحدود فكرية واحدة بل الـذهاب الـى ماوراء المشكلة علميا تلقي الدراسة الحالية الضوء على التجربة الاردنية في مجـال تطبيق معايير الاعتماد للمستشفيات الحكومية الاردنية سعيا لتحسين جودة وسـلامة الخدمات الصحية ولتقيل الاخطار التي يتعرض لها مقدموا ومتلقـوا الخدمـة فـي المنظمات الصحية بحيث تكون خدمات صحية ذات جودة عالية وبأقل كلفة ممكنـة. هذه الدراسة أهميتها من أهمية وحداثة موضوع معايير اعتماد المؤسسات الـصحية وأثره على جودة الخدمات الصحية، والعلاقة الوثيقة والتكامليـة فـي مـا بينهمـا، فمعايير الاعتماد تسعى إلى تقليل الأخطاء التي يتعرض لها مقدمي ومتلقي الخدمـة في المؤسسات الصحية، وهذا يعمل على تعزيز ثقة المواطن بالخـدمات الـصحية المتوافرة المقدمة له، بحيث تكون ذات جودة عالية وبأقل كلفة ممكنة، واعتماد هـذه المعايير يكتسب قوته من مراقبة المجتمع للجودة، وإعطاءه الحـق فـي المقارنـة لاختيار أفضل الطرق. ولقد أصبح محور جودة الرعاية الصحية أحد الاهتمامـات الحديثة في المنظمات الخدمية الخاصة منها والعامة. لاسيما وأن العديد مـن الـنظم الصحية الراهنة أهملت في الماضي تقييم جودة الرعاية الفردية المؤسسية النظامية، مما أدى إلى زيادة لا داعي لها من التكاليف. أما اليوم، فإن النظم الصحية تخـضع لمزيد من التدقيق بغية ترشيد التكاليف وتحسين الجودة. ومن هذا المنطلـق تـأتي أهمية هذه الدراسة. كما تكتسب هذه الدراسة أهميتها خلال التوجه الحكـومي فـي الأردن نحو تطبيق معايير الاعتماد سعياً لتحسين جودة وسلامة الخدمات الصحية.

4.1 أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة بشكل أساسي إلى **تحليل أثـر تطبيـق معـايير الاعتمـاد للمستشفيات الحكومية الاردنية المطبقة لبرنامج الجودة فـي جـودة الخـدمات الصحية من وجهة نظر العاملين فيها**، وينبثق عن هذا الهدف الأسـاس الأهـداف الفرعية الآتية:

1. هدفت الدراسة الى بيان تصورات المبحوثين لمستوى تطبيق معايير الاعتماد ومستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية.
2. التعرف على تصورات المبحوثين نحواكثر معايير الاعتماد اسهاما في نجاح المنظمات الصحية لتواكب التطورات التي تجري في البيئة الداخلية والخارجية بصورة عامة.
3. بحث مفهوم جودة وسلامة الرعاية الصحية كون الجودة أحد الأسبقيات التنافسية في إستراتجية عمل المنظمات الصحية والتي ترتبط مخرجاتها بحياة الإنسان.

5.1 أسئلة الدراسة:

تحاول هذه الدراسة الإجابة على الأسئلة الآتية:

السؤال الأول: ما درجة تطبيق معايير الاعتماد في المجال الصحي في مستشفيات القطاع العام؟

السؤال الثاني: ما مستوى جودة الخدمات الصحية في مستشفيات القطاع العام؟

6.1 فرضيات الدراسة:

تمحورت الدراسة حول الفرضيات الاتية:

الفرضية الرئيسية الأولى: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) لتطبيق معايير الاعتماد الوطنية للمستشفيات بجوانبها مجتمعة (دعم الإدارة العليا، العناية بالمريض، أنظمة السلامة، إدارة المعلومات، الخدمات التشخيصية، التحسين المستمر للجودة، الخدمات الفندقية، تنمية الموارد البشرية، المسؤولية القانونية والاجتماعية) على جودة الخدمات الصحية بجوانبها مجتمعة (الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف، الملموسية).

وينبثق عن هذه الفرضية الرئيسية الفرضيات الفرعية الآتية:

الفرضية الفرعية الأولى: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq 0.05$) لتطبيق معايير الاعتماد الوطنية للمستشفيات بجوانبها مجتمعة

(دعم الإدارة العليا، العناية بالمريض، أنظمـة الـسلامة، إدارة المعلومـات، الخدمات التشخيصية، التحسين المستمر للجودة، الخـدمات الفندقيـة، تنميـة الموارد البشرية، المسؤولية القانونية والاجتماعية) على بعد الاعتمادية.

الفرضية الفرعية الثانية: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عنـد مـستوى الدلالـة ($\alpha \leq 0.05$) لتطبيق معايير الاعتماد الوطنية للمستشفياتبجوانبها مجتمعـة(دعـم الإدارة العليا، العناية بالمريض، أنظمة السلامة، إدارة المعلومات، الخـدمات التشخيصية، التحسين المستمر للجودة، الخـدمات الفندقيـة، تنميـة المـوارد البشرية، المسؤولية القانونية والاجتماعية) على بعد الاستجابة.

الفرضية الفرعية الثالثة: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عنـد مـستوى الدلالـة ($\alpha \leq 0.05$) لتطبيق معايير الاعتماد الوطنية المستشفيات بجوانبها مجتمعة (دعم الإدارة العليا، العناية بالمريض، أنظمة السلامة، إدارة المعلومات، الخـدمات التشخيصية، التحسين المستمر للجودة، الخـدمات الفندقيـة، تنميـة المـوارد البشرية، المسؤولية القانونية والاجتماعية) على بعد الأمان.

الفرضية الفرعية الرابعة: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عنـد مـستوى الدلالـة ($\alpha \leq 0.05$) لتطبيق معايير الاعتماد الوطنية المستشفيات بجوانبها مجتمعة (دعم الإدارة العليا، العناية بالمريض، أنظمة السلامة، إدارة المعلومات، الخـدمات التشخيصية، التحسين المستمر للجودة، الخـدمات الفندقيـة، تنميـة المـوارد البشرية، المسؤولية القانونية والاجتماعية) على بعد التعاطف.

الفرضية الفرعية الخامسة: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مـستوى الدلالـة ($\alpha \leq 0.05$) لتطبيق معايير الاعتماد الوطنية المستـشفيات بجوانبهـا مجتمعـة (دعم الإدارة العليا، العناية بالمريض، أنظمـة الـسلامة، إدارة المعلومـات، الخدمات التشخيصية، التحسين المستمر للجودة، الخـدمات الفندقيـة، تنميـة الموارد البشرية، المسؤولية القانونية والاجتماعية) على بعد الملموسية.

الفرضية الرئيسية الثانية: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالـة ($\alpha \leq 0.05$) في تصورات المبحوثين نحو تطبيق معايير اعتمـاد المستـشفيات بجوانبها مجتمعة تعزى للمتغيرات الشخصية والوظيفية (النـوع الاجتمـاعي،

العمر، المؤهل العلمي، الخبرة العملية، المستوى الوظيفي).

الفرضية الرئيسية الثالثة: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في تصورات المبحوثين نحو جودة الخدمات الصحية بجوانبها مجتمعة تعزى للمتغيرات الشخصية والوظيفية (النوع الاجتماعي ، العمر، المؤهل العلمي، الخبرة العملية، المستوى الوظيفي).

7.1 التعريفات الإجرائية:

1. **معايير الاعتماد:** وتشمل مجموعة مدروسة ومكرسة من القوانين والانظمة والتعليمات المعتمدة من قبل لجان متخصصة وممثلين من وكالة الاعتماد، هذه المعايير تفيد في التقدير النسبي أثناء عملية المراجعة أو المسح، وتحديد درجة التطابق بين ما هو مطبق في منظمات تقديم الخدمات الصحية وبين ما هو هدف تسعى المنظمات لتحقيقه بغية الوصول إلى التميز والتفوق والمثالية في الأداء.
2. **دعم الإدارة العليا:** وتشمل مساندة ودعم الإدارة العليا في المستشفى لتطبيق معايير الاعتماد بوضع نظام للمتابعة المستمرة على الموارد المتاحة في المستشفى، وعلى تطبيق برنامج للتحسين المستمر للجودة، وتطبيق جميع قوانين وأنظمة المستشفى وتطوير خطط المستشفى باستمرار والحرص على استمرار الاتصال ما بين الإدارة والموظفين وما بين الموظفين للتنسيق فيما بينهم لدفعهم وتشجيعهم للتغلب على الحواجز والمعوقات للوصول إلى التميز المطلوب وتقاس اجرائيا بأنها المتوسطات الحسابية لاجابات المبحوثين على اسئلة الدراسة التي تقيس بعد دعم الادارة العليا.
3. **العناية بالمريض:** وتمثل الوظيفة الرئيسية للمستشفى هو العناية بالمريض وتقديم الرعاية المثلى بصورة فعالة من خلال التخطيط والتنسيق والاتصال ما بين الوظائف المختلفة من مقدمي الخدمة الصحية (الأطباء، الممرضين، الصيادلة، ..إلخ) وتقاس اجرائيا بأنها المتوسطات الحسابية لاجابات المبحوثين على اسئلة الدراسة التي تقيس بعد العناية بالمريض.

4. **أنظمة السلامة:** وهي أن تقوم إدارة المستشفى بالتخطيط لإدارة أمـن وسـلامة البيئة وتطبيق الخطط اللازمة لذلك لجعل البيئة آمنة وسليمة من مخاطر العدوى وحوادث الحريق وخطط التخلص من النفايات والمواد الخطرة والسامة، وتدريب العاملين على الحوادث الطارئة وكيفية مواجهتها ووضـع الأنظمـة والقـوانين للحفاظ على سلامة المرضى والزائـرين والعـاملين وتقـاس اجرائيـا بأنهـا المتوسطات الحسابية لاجابات المبحوثين على اسئلة الدراسة التي تقـيس بعـد انظمة السلامة.

5. **إدارة المعلومات (السجلات الطبية):** وهي مصدر التوثيق لتقييم جودة الرعايـة الصحية والاتصال الفعال والنقل الصحيح للمعلومـات بـين وحـدات وأقـسام المستشفى الواحدة وبينها وبين مستشفيات أخرى وبـشكل فعـال فهـي تجهـز بالمعلومات المطلوبة والخاصة بالمرضى داخل المستشفى وخارجهـا لتـساعد الأطباء لاتخاذ أحسن قرارات المعالجة وتقاس اجرائيا بأنها المتوسطات الحسابية لاجابات المبحوثين على اسئلة الدراسة التي تقيس بعد ادارة المعلومات .

6. **الخدمات الفندقية:** ويقصد بها تقديم خدمات مكملة وضرورية لخدمات الرعايـة الصحية بما فيها خدمات التعقيم وخدمات الطعـام وطـرق خزنـه وتحـضيره وتوزيعه، وتوفير المستلزمات لضمان سهولة تنقل المرضى وخـدمات نظافـة الملابس وتعقيمها وبشكل مستمر، وتوفير الأماكن المريحة والملائمة للانتظـار وتقاس اجرائيا بأنها المتوسطات الحسابية لاجابات المبحوثين على اسئلة الدراسة التي تقيس بعد الخدمات الفندقية.

7. **تنمية الموارد البشرية:** وهي أن تتأكد المستشفيات من أنها تمتلك العدد الكـافي من العاملين (الكوادر الطبية والفنية والإدارية) وبما يتلاءم ورؤيـا المستـشفى، وأن تتمتع هذه الكوادر بكفاءة وخبرة كافية تؤهلهم لأشـغال وظـائفهم ضـمن التوصيف والتصنيف الوظيفي الصحيح، وإجراء التقويم الدوري لأداء العاملين، وتطبيق برامج التعليم والتدريب للارتقاء بمستوى الخدمات الـصحية المقدمـة وتقاس اجرائيا بأنها المتوسطات الحسابية لاجابات المبحوثين على اسئلة الدراسة التي تقيس بعد تنمية الموارد البشرية.

8. **الخدمات التشخيصية:** وتشمل خدمات بنك الدم والمختبر والأشعة واسـتعدادها لتقديم الخدمات الصحية وعلى مدار (24) ساعة، وتزويد متلقي الخدمة بجداول زمنية متوقعة النتائج وتقارير لإجراءات الفحص سواء في الحالات الروتينية أو الطارئة، والمداومة على تطبيق برامج صـيانة الأجهـزة وحـسب توصـيات الشركات المصنعة وبشكل دوري وتقاس اجرائيا بأنها المتوسـطات الحـسابية لاجابات المبحوثين على اسئلة الدراسة التي تقيس بعد الخدمات التشخيصية .

9. **التحسين المستمر:** تهدف معايير الجودة هو للحصول على التميز في الرعايـة الصحية والعمليات الإدارية فلا بد للمستشفى أن تحرص على تقييم وقياس أدائها ومعرفة الأسباب الطرق المؤدية لذلك، والتقـصي علـى الثغـرات الموجـودة ومعرفة الأسباب المؤدية لذلك وإجراء التغييرات الضرورية ويـدعم التحـسين المستمر من خلال إنشاء وحدة لتحسين الجودة وباستمرار وتقاس اجرائيا بأنهـا المتوسطات الحسابية لاجابات المبحوثين على اسـئلة الدراسـة التـي تقـيس بعدالتحسين المستمر.

10. **المسؤولية القانونية والاجتماعية:** و يكون مـن ضـمن مـسؤوليات إدارة المستشفى الحرص على تقديم خدمات الرعاية الصحية لجميع المرضى بـشكل عادل بغض النظر عن العرق، الجنس، الدين، المستوى المادي والقوميات بمـا يضمن الحفاظ على حقوق المريض، وإشراكهم في جميع الإجراءات والخدمات الطبية قبل تقديمها لهم وضرورة الحصول على مـوافقتهم مـع الأخـذ بنظـر الاعتبار للشكاوى والاقتراحات المقدمة إلى المستشفى وتقـاس اجرائيـا بأنهـا المتوسطات الحسابية لاجابات المبحوثين على اسئلة الدراسة التي تقـيس بعـد المسؤولية القانونية والاجتماعية.

11. **جودة الخدمات الصحية:** وهي حصول المريض على الخدمات الصحية التي تلبي برغباته واحتياجاته وتحسن مستوى حالته من الناحيـة البدنيـة والعقليـة والنفسية والاجتماعية بتكلفة معقولة وإتاحـة كاملـة وتقـاس اجرائيـا بأنهـا المتوسطات الحسابية لاجابات المبحوثين على اسئلة الدراسة التي تقـيس بعـد جودة الخدمات الصحية.

12. **الاعتمادية:** وهي تقديم الخدمات الصحية بشكل صحيح ودائم وبالدرجة الأولى وفقاً للمواعيد المحددة وبدون تأخير وبأعلى درجة من الدقة وتقاس اجرائيا بأنها المتوسطات الحسابية لاجابات المبحوثين على اسئلة الدراسة التي تقيس بعد الاعتمادية.
13. **الاستجابة:** وهي تقديم الخدمات الصحية بشكل فعال وقوي من دون تردد أو انتظار لمعرفة التفاصيل الرسمية للحالة ورغبة الكادر الطبي بتقديم المساعدة للمرضى وبشكل دائم وتقاس اجرائيا بأنها المتوسطات الحسابية لاجابات المبحوثين على اسئلة الدراسة التي تقيس بعدالاستجابة .
14. **التعاطف:** وهي أن تضع المستشفى مصلحة المريض بالدرجة الأولى وأن يتعامل الكادر الطبي مع المرضى بطريقة إنسانية على أساس روح المرح والصداقة وتقاس اجرائيا بأنها المتوسطات الحسابية لاجابات المبحوثين على اسئلة الدراسة التي تقيس بعد التعاطف .
15. **الأمان:** وهي أن تسعى المستشفى بكوادرها لتعزيز الثقة في نفوس المرضى من خلال إشعارهم بالأمان وعدم التردد في الاستفسار عن ما يدور في أذهانهم أو عن طلب الخدمة والحرص على تدريب الكوادر بما يؤهلهم بامتلاك لمهارات الكافية لتقديم الخدمات الصحية بعيداً عن الخطر والمجازفة وتقاس اجرائيا بأنها المتوسطات الحسابية لاجابات المبحوثين على اسئلة الدراسة التي تقيس بعد الامان.
16. **الجوانب المادية الملموسة:** وتشمل المعدات والأجهزة والأبنية وحسن المظهر الخارجي للعاملين واستخدام الآلات والموارد المناسبة وتقاس اجرائيا بأنها المتوسطات الحسابية لاجابات المبحوثين على اسئلة الدراسة التي تقيس بعد الجوانب المادية الملموسة.

8.1 نموذج الدراسة:

يبين الشكل (1) نموذج الدراسة وفيه عرض للمتغير المستقل (معايير الاعتماد) وأبعاده (دعم الإدارة العليا، العناية بالمريض، أنظمة السلامة، إدارة المعلومات، الخدمات التشخيصية، التحسين المستمر للجودة، الخدمات الفندقية، تنمية الموارد البشرية، المسؤولية القانونية والاجتماعية) والمتغير التابع (جودة الخدمات الصحية) وأبعاده (الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف، الجوانب الملموسة المادية)، كما يبين المتغيرات الشخصية والوظيفية (النوع الاجتماعي، العمر، المؤهل التعليمي، المستوى الوظيفي، الخبرة العملية).

شكل رقم (1)

نموذج الدراسة



الفصل الثاني
الإطار النظري والدراسات السابقة

1.2 الإطار النظري:

وفيه سيتم استعراض الأدب النظري والجوانب المتعلقة بمتغيري الدراسة: المتغير المستقل (معايير اعتماد المستشفيات)، والمتغير التابع (جودة الخدمات الصحية).

مفهوم اعتماد المستشفيات:

يرتبط تاريخ اعتماد المستشفيات بأسهامات الكلية الاميركية للجراحين 1910 حيث حددت الكلية المعايير وقامت بصياغة اول مرجع متخصص في عام 1926 (Rawlins, 2001: 1)، بعد ذلك تطورت فكرة اعتماد المستشفيات مع عملية إدخال وتطبيق مفاهيم الجودة الشاملة في الرعاية الصحية والمستشفيات. ومنذ ذلك الوقت تم الإجماع على أن يكون "الاعتماد" أهم أسلوب يصلح بمفردة لتحسين الجودة والكفاءة والفعالية في هيكليات الرعاية الصحية وعملياتها ونتائجها، أي أنه وسيلة وليس غاية (الخدمات الطبية الملكية، 2009: 2).

والاعتماد هو الاعتراف بأي مؤسسة أو برنامج للرعاية الصحية استوفى العدد المحدد من معايير الجودة والسلامة في خدماته ويمكن الاعتراف به لاستيفائه المعايير لفترة زمنية محددة تبلغ عامين (مجلس اعتماد المؤسسات الصحية "HCAC"، 2009: 1). وقد عرفته (شو وآخرون، 2007: 605) بأنه عملية منح الموافقة على منظمة الرعاية الصحية وهي تتوقف على تحقيق المنظمة لمجموعة من المعايير الطوعية التي تضعها وكالة الاعتماد.

والاعتماد عملية تقوم من خلالها المؤسسة المانحة للاعتماد بتقييم المؤسسة الصحية، وتحديد فيما إذا كانت هذه المؤسسة تفي بالمعايير التي وضعت للمحافظة على جودة الرعاية الصحية المقدمة وتحسينها، وهذه المعايير تحقق أفضل ما يمكن الوصول إليه. كما ويمثل اعتماد المؤسسة الدليل الملموس على أن المؤسسة ملتزمة بتحسين نوعية الخدمة المقدمة للمريض والتأكد من سلامة بيئة الرعاية بالدرجة

الأولى، لقد لفت الاعتماد النظر عالمياً ويعتبر الآن وسيلة فعالة لتقييم فاعلية وإدارة الجودة (سنجق، 2010: 19).

إن اعتماد المستشفيات عملية متكاملة وشاملة للتقييم تقـوم بهـا هيئـة تقيـيم خارجية غير حكومية لها كيـان اعتبـاري واسـتقلال مـالي، ملتزمـة بالحيـاد والموضوعية، غير ربحية، وليست تابعة للمستشفى، وذلك من أجل تقييم منظمـات الرعاية الصحية وتحديد فيما إذا كانت هذه المنظمات تستوفي مجموعة من المعايير المصممة لتحسين جودة الرعاية الصحية.

ويتعين على هذه المنظمات، عند تطبيق معايير الاعتماد، الإشراف والتوجيـه ومراقبة بيئة ونتائج العمل ومؤشرات القياس والتقييم وتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية بشكل مستمر. وبذلك يكون الهدف مـن الاعتمـاد تقيـيم الأداء وتـشجيع التحسين المستمر للجودة، ليكون بذلك الاعتماد الحافز الدائم للتحسين المستمر. فهو يعمل على أساس "إذا تحققت المعايير المادية والتنظيمية ونفذت بطريقـة صـحيحة ومتكاملة ومستمرة، فإن الخدمات المقدمة ستكون جيدة وستعود بالنفع على المؤسسة الصحية والمرضى وأسرهم والعاملين وعلى المجتمع ككل عنـد وقـت اعتمادهـا" (الخدمات الطبية الملكية، 2009: 2).

وبمعنى أوسع، فالاعتماد ركن من أركان إصلاح القطاع الصحي الذي يـؤثر على ترشيد الإنفاق وتحسين الخدمات وتحقيق العدالة، وهو نظام عادل وموضوعي لإعطاء المجتمع الحق في المقارنة لاختيار الأفضل وذلـك لأن العـالم الآن يتجـه وبسرعة إلى التحسين المستمر في الأداء والجودة، فالمؤسسة الصحية الأفضل والتي تقدم جودة أعلى، هي أضمن في البقاء والنجاح والوصول إلى النتيجة المرجوة مـن العلاج والوقاية والتشخيص (الصحيفة الاقتصادية الالكترونية، 2008: 3).

ولنظام الاعتماد في مجال الرعاية الصحية خصوصية فريدة كونه يتعامل مـع البشر سواء كانوا مقدمي الخدمة أو مستفيدين من هذه الخدمة، الأمر الـذي يجعـل تطبيق نظم الجودة مرتبطا ارتباطاً وثيقاً بالأداء البشري وبمدى تقبل المستفيدين من هذه الخدمة لمستوى هذه الجودة.

1. ولهذا فإن للاعتماد العديد من الفوائد والتي من أهمها(مجلس اعتماد المؤسسات الصحية) (HCAC)،2009: 1).
2. تعزيز أمن وسلامة المرضى من خلال الحد من المخاطر الطبية المتعلقة بسلامة المرضى وبشكل فعال.
3. بناء القدرات وتعزيز مهارات التعلم.
4. ضمان الالتزام بمستوى عال من الجودة بين مقدمي خدمات الرعاية الصحية.
5. الحث على تحسين الجودة بشكل مستمر والارتقاء دوما بالمعايير المتعلقة بتحسين الجودة.
6. تعزيز فهم المؤسسات للطبيعة المتصلة بالرعاية الصحية من خلال تحسين أداء ونتائج الرعاية.الارتقاء بالسمعة الطبية والمكانة المرموقة لدى مستخدمي الرعاية الصحية وزيادة مستوى النوعية والفهم، ورفع مستوى المنافسة بين المؤسسات الصحية لكل ما يتعلق بجودة الرعاية الصحية .

والمستشفيات التي تسعى للحصول على الاعتماد تلزم بتطبيق مواصفات ومعايير بدقة، حيث تعود اللجنة المسؤولة عن عملية الاعتماد كل ثلاث سنوات بزيارة المستشفيات (بناءاً على طلبها) لإجراء مسح وتقييم ميداني شامل للخدمات المقدمة وقياس مدى تطابقها مع المواصفات المعلن عنها مسبقاً، لتقوم بعدها اللجنة الزائرة بإعداد تقرير مفصل يحتوي على توصيات تضمن الاستمرار في تقديم خدمات ذات جودة عالية والتعرف على ما طبق منها وإعطاء نسبة للتطبيق، وفي ضوء هذه النسبة يتم منح شهادة الاعتماد.

إن الفهم الشائع لاعتماد المستشفيات هو أنه وسيلة لتحسين الجودة وضمانها. ويمكن للاعتماد بمعناه الأوسع، في أن يسهم في إصلاح القطاع الصحي. فالمستشفيات جزء لا يتجزأ من القطاع الصحي(سنجق، 2010: 69).

1- فالمستشفيات تستحوذ على 40%-70% من الموازنة الصحية الوطنية، ويطالب جميع أصحاب الشأن بتوافر الكفاءة في المستشفيات.
2- والمستشفيات تقوم بدور حاسم في الرعاية الصحية، وهي موقع مهم لاستخدام الأيدي العاملة، إذ يعمل بها في المتوسط نصف أطباء أي بلد وثلث ممرضيه.

3- والمستشفيات على الرغم من أنها تعد أصولاً ثابتة كبيرة يصعب تغييرها، إلا أن أنماط المعالجة تتغير بتغير التكنولوجيا والطلبات. و"تعاد ترتيب" المستشفيات لتمكينها من فعالية تحديات ارتفاع التكاليف وازدياد الطلب. ويتيح الاعتماد فرصة لإعادة وضع المستشفيات على نحو أفضل.

4- واعتماد المستشفيات وسيلة لتوحيد معايير الرعاية وتبادل الخبرة على الصعيد العالمي. وهو وسيلة لضمان إسهام المستشفيات في النظم الصحية الوطنية على النحو الذي حدده المخططون الصحيون

واعتماد المستشفيات (accreditation) يعني الاعتراف من قبل هيئة متخصصة بأن المستشفى قد استوفى كافة المقاييس والمواصفات والمتطلبات التي تصفها هذه الهيئة أو اللجان المتخصصة المنبثقة عنها، ويتم الاعتماد بعد دراسة الواقع العملي للمستشفى والأداء المهني لكافة العاملين بها، ولاسيما أولئك الذين يقدمون خدمات مباشرة للمرضى من أطباء وممرضين وفنيين من كافة التخصصات الطبية المساعدة.

والاعتماد هو قرار من الهيئة المشتركة(Joint Commission) بأن المستشفى مؤهل أو مركزاً للرعاية الصحية الأولية يتفق بصفة جوهرية مع معايير الهيئة المشتركة المطبقة. وهو في الممارسات الدولية، عبارة عن نظام للفحص من قبل خبراء خارجيين لمدى الاتفاق مع مجموعة من المعايير، وهو يتركز على مبدأ الاشتراك الطوعي من قبل الخاضع للفحص والامتثال اليومي لمعايير الدراسة والسلوك للعاملين جميعاً. يضمن أنهم يفعلون كل شيء وفقاً للتوقعات، وللحصول على تأكيد "الممارسة الجيدة" (وهي مؤشر على مستوى النجاح أثناء عملية الاعتماد) يكون المرفق الخاضع للفحص متحمساً لإظهار ما يفعله نحو توعية المرضى والعاملين على السواء. والاعتماد هو عملية تقييم ذاتي وتقدير من قبل زملاء خارجيين تستخدمها منظمات الرعاية الصحية حتى تقدر بدقة مستوى إنجازها بالنسبة إلى المعايير الموضوعة وحتى تطبق الطرق الكفيلة بالتحسين المستمر, وهو أيضاً عملية منهجية تقوم بها جهة مسؤولة من خلالها بالتعرف على أن منظمة ما للرعاية الصحية قد استوفت المعايير المقررة والمنشورة والمطبقة والتي تهدف إلى

تحسين جودة الرعاية (خوجه، 2006: 35، 36).

ويشير مفهوم الاعتماد إلى النظام الذي يتضمن جملة من المعايير المتفق عليها لتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية، والمرتبة لقيـاس مـدى التـزام وتطبيـق المستشفى لهذه المعايير، ويمكن اعتبار عملية الاعتماد عملية مـسح تقييمـي لأداء المستشفيات ولبيان قدرتها على توفير الخدمات الـصحية ذات الجـودة والـسلامة العالية، كما يمكن اعتبار الاعتماد العملية التي تقوم من خلالها المؤسـسة المانحـة للاعتماد بتقييم المؤسسة الصحية، وتحدد فيما إذا كانت المؤسسة ملتزمة بالمعـايير اللازمة لتحقيق أفضل ما يمكن الوصول إليه، والتي وضعت للمحافظة على نوعيـة وجودة الرعاية الصحية المقدمة وتحسينها، وتمثل نتائج الاعتماد الـدليل الملمـوس على أن المؤسسة الصحية ملتزمة بتحسين نوعية وجودة الخدمة المقدمة للمرضـى (سيف، 2009 : 43).

وترى الباحثة بأن الاعتماد يعني عملية إداريـة متكاملـة وشـاملة للجوانـب الصحية والفنية والإدارية للأنشطة والوظائف التي تقوم بموجبها مؤسسات الرعايـة الصحية بالامتثال لمعايير اللجنة المشتركة الوطنية وذلك من خلال إشراك العـاملين بمختلف المستويات الإدارية للمنظمة ورؤساء العمل والزبون والذين تتعامل معهـم المنظمة ، لترسيخ العمل الجماعي التعاوني المنسق، وتفجير الطاقات، والإمكانيـات الموجودة، للارتقاء بمستوى جودة الخدمات وجودة النظام الإداري فـي المنظمـة. وكما يظهر الجدول (1) بأن هنالك مقارنة في فلـسفة تطبيـق انظمـة الاعتمـاد واستقلالية الجهة المانحة في بعض الدول .

جدول (1)

المقارنة بين فلسفة تطبيق أنظمة الاعتماد في بلدان مختلفة

لدولة	المنظمة المانحة	الاستقلالية	لفلسفة
الولايات المتحدة الأمريكية	The Joint Commission on the Accreditation of Healthcare	مؤسسة مستقلة غير حكومية	تحسين الجودة المستمر
كندا	The Canadian Council on Health Services	مؤسسة غير حكومية مراقبة	تحسين الجودة المستمر والتركيز على الزبون
استراليا	The Australian Council on Healthcare Standards	مؤسسة حكومية	تحسين الجودة المستمر والتركيز على الزبون
اسبانيا	The Regional Department of Health	مؤسسة حكومية	ضبط الجودة
الأردن	Healthcare Accreditation Council	مؤسسة مستقلة غير حكومية	تحسين الجودة المستمر والتركيز على الزبون

المصدر: سيف، (2009). أثر تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية الأردنية من وجهة نظر الأطباء والممرضين, رسالة دكتوراه،ص 44 .

ويمكن اعتبار أحد مواطن القوة في التحليل الاستراتيجي للقطاع الصحي الأردني هي برامج الاعتمادية للمؤسسات الصحية (الإستراتيجية الصحية الوطنية، 2008-2012: 23).

أن من أهداف مشروع اعتماد الخدمات الصحية الأردنية:

تم إنشاء مشروع الاعتماد للمستشفيات في الأردن وذلك لعدة أهداف (USAID, 2005: 1) وهي كالآتي:

1. **الهدف الأول:** تأسيس الهيئة الأردنية لاعتماد المستشفيات تناط بها مسؤولية إدارة نظام اعتماد المستشفيات بالأردن وإيجاد بيئة لتحسين الجودة المستمرة.
2. **الهدف الثاني:** تطوير معايير اعتماد المستشفيات واختبارها من خلال عينة من المستشفيات المختارة.
3. **الهدف الثالث:** تجهيز وتحضير المستشفيات المختارة لاعتمادها من قبل الهيئة الأردنية.

مفهوم معايير الاعتماد:

انتشر مفهوم معايير الاعتماد أو معايير إدارة الجودة الشاملة في منتصف الثمانينيات، حيث بدأ الحديث عن مفهوم إدارة الجودة الشاملة واستمر حتى عام 1994، حيث كانت مرحلة "بناء النظرية" في دراسات إدارة الجودة الشاملة كونها الأساس لحركة البحث عن التميز وفلسفة تسعى لوضع مجموعة من المبادئ والمعايير المرشدة والركائز الأساسية للتحسين المستمر.

ويشير Janet إلى أنه في عام 2000، نشرت اللجنة المتحدة العالمية (Joint Commission International "JCI") أول مجموعة شاملة لمعايير الجودة الوطنية للمستشفيات وقدمت أول مكافأة للإجازة. وفي عام 2001، تأسست أول معايير لتقييم وإدارة ألم المريض، ومعايير سلامته، وخفض الأخطاء الطبية وأخطاء الرعاية الصحية في المستشفيات (سنجق، 2010: 73، 74).

فمعايير الاعتماد هي معايير موضوعية لتحديد درجة المطابقة للمعايير في المستشفيات ومنظمات إدارة الشؤون الصحية ومراكز الرعاية الصحية الأولية وغيرها (مجلس اعتماد المؤسسات الصحية HCAC" Health Care Accreditation) Council, 2009: 1) .

وتعرف معايير الاعتماد بأنها قواعد تصدرها وكالة الاعتماد وتفيد باعتبارها أساساً للتقدير النسبي في أثناء عملية المراجعة أو المسح(شو وآخرون، 2007: 605).

وينظر لها السكارنه بأنها عبارة عن وثيقة تصدر نتيجة اجتماع يحدد المتطلبات التي يجب أن يفي بها منتج ما أو عملية أو خدمة وتصادق عليها جهة معترف بها، وذلك لتحدد المتطلبات الواجب توفرها للتأكد من ملاءمتها للغرض(السكارنه، 2009: 180).

والمعايير تمثل المستوى الذي يحدد نوعية الأعمال المراد الوصول إليها أو تحقيقها للوصول إلى الاعتماد (الخدمات الطبية الملكية، 2009: 2). فمعايير الاعتماد تتسم بأنها شاملة تغطي كافة الجوانب المتعلقة بالعناية بالمريض وخدمات العميل، بالإضافة إلى الأنظمة التي تدعم تقديم خدمات الرعاية الصحية. فهي

تتمحور حول المريض وسلامته وتغطي كافة مجال عمل المستشفيات. وهي أيضا بمثابة نظام حي وفاعل تم تطويره على يد نخبة من الخبراء العاملين في مجال الرعاية الصحية لتدعم المستشفيات على المضي قدما نحو تحقيق التميز والتفوق (مجلس اعتماد المؤسسات الصحية "HCAC" 2009: 1).

ويتم تطبيق هذه المعايير بعملية "الاعتماد" لتمثيل هذه المعايير المستوى الأمثل في الأداء وتعبر عما يجب قياسه لتلبية متطلبات الاعتماد.

نبذة تاريخية عن الاعتماد والمعايير:

لقد وضع الدكتور كودمان البذرة الأولى للكلية الأمريكية للجراحين عام 1910 وبعد 7 سنوات تطور الحد الأدنى لمعايير المستشفيات. وفي عام 1926 تم طبع أول مرجع للمعايير وكان يتألف من 18 صفحة ثم تطورت المعايير عبر الزمن. وفي عام 1951 قامت كل من الكلية الأمريكية للأطباء والجمعية الطبية الأمريكية والجمعية الأمريكية للمستشفيات والجمعية الطبية الكندية والكلية الأمريكية للجراحة بتأسيس اللجنة المتحدة للمستشفيات في الولايات المتحدة الأمريكية، وهي مؤسسة مستقلة، غير ربحية هدفها الأول هو الإجازة الطوعية. وقامت الكلية الأمريكية للجراحين بتحويل برنامجها الخاص بمعايير المستشفيات إلى اللجنة المتحدة لإجازة المستشفيات. انبثقت حقبة جديدة من الجودة في الرعاية الصحية مع تأسيس اللجنة المتحدة لإجازة المستشفيات في الولايات المتحدة الأمريكية The US Joint on Accreditation of Hospitals (JCAH) عام 1952، والتي عرفت فيما بعد باللجنة المتحدة لإجازة هيئات الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية The US Joint on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). حيث ساعدت مفاهيم الإجازة Accreditation في عملية تطوير الجودة مع التركيز في آن واحد على عناصر البنية والمعايير ذات العلاقة بالبنية، حيث تحولت المعايير من ناحية التركيز من معايير ذات علاقة بالبنية إلى معايير ذات علاقة بالإجراء، ثم بحث قطاع الرعاية الصحية مرة أخرى عن طرق بديلة لقياس وتطوير الجودة. وهكذا بدأ الميل نحو التحول من التأكيد على المعايير ذات العلاقة بالإجراء عائداً على النتائج، وتزايد هذا الميل مع مبادرات مثل تحسين الجودة المستمر Continuous Quality

Improvement والتحسين الكلي للجـودة Total Quality Improvement، وتحـسين الأداء، وأصبحت هذه المبادرات الآن نشاطات روتينية في صميم وظائف مؤسسات الرعاية الصحية.

وفي عام 1987 تم تغيير اسم المؤسسة إلى اللجنة المتحـدة لإجـازة هيئـات الرعاية الـصحية The Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations وذلك ليعكس المدى الأوسع للنشاطات. وفي عام 1992 بدأ "مرجع إجازة المستشفيات" بالتحول إلى المعايير التي تؤكد على مفاهيم تحسين الأداء, وفي عام 1993 تمت إعادة ترتيب "مرجع إجازة المستشفيات" كي يدور حـول أهميـة العناية بالمريض ووظائف المؤسسة الصحية, وفي عام 2000 نشرت اللجنة المتحدة العالمية The Joint Commission International (JCI) أول مجموعة شاملة لمعايير الجودة الوطنية للمستشفيات وقدمت أول مكافأة للإجازة (سنجق، 2010: 72، 73) وانسجاماً مع هذه التوجهات، وقعت في العام 2003 الاتفاقية الأولى لمشروع إعادة هيكلة النظام الصحي الأردني تطبيق برنامج الاعتماد بين الوكالة الأمريكية للإنماء الدولي USAID ووزارة الصحة الأردنية لتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية. إن عملية حصول المستشفى على الاعتماد، عملية مضنية وطويلة بحيث تتطلـب فـي الغالب القيام بإحداث تغييرات أساسية في الممارسات المألوفة وفي سـلوك الأفـراد على السواء، كما يتطلب الكثير من أعمال التطبيـق والامتثـال تمامـاً للمعـايير، والتوثيق للكثير من السياسات والإجراءات والخطط والخطوات الإرشـادية الطبيـة المكتوبة، بالإضافة إلى التزام الإدارة العليا للمستشفى بتطبيق معايير جودة الرعايـة الصحية والتحسين المستمر (سيف، 2009 :46).

إن أهمية شهادات الجودة تنبع من حاجة المستشفيات للالتزام بمعايير الرعايـة الصحية التي تسهم بشكل فاعل في تطوير الأداء، لمواكبة المستجدات المتسارعة في المجال الطبي وتضمن ثبات آليات التحسين المستمر، حيث كشفت دراسـة دوليـة أجريت في عام 2009 نفذتها الوكالة الأمريكية للتنمية الوطنيـة USAID كدراسـة تقييمية بعنوان "القدرة التنافسية لقطاع الخدمات الطبية الأردنية" عن فجـوات فـي البنية التحتية للرعاية الطبية في المستشفيات الخاصة الأردنية، تحد من مساعيها في

منافسة الأسواق العلاجية العالمية والعربية، ودعت الدراسة إلى ضرورة إيلاء ضبط العدوى والسيطرة عليها في المستشفيات أهمية كبيـرة، وذلـك تماشـياً والمعـايير العالمية للحصول على الاعتمادية الوطنية والدولية للمستشفيات، وإيلاء المرضى في المستشفيات وخصوصاً الخاصة مزيداً من الرعاية الطبية، وبالذات ممـن يـشرف عليهم من الأطباء، حيث وجدت الدراسة أنهم غير متفرغين في تلك المستـشفيات، وحثت على مراقبة الكادر الطبي والتمريضي من حيث تدوين كافة البيانات الطبيـة المتعلقة بالحالة الصحية للمرضى ضمن سجلاتهم الطبية، فضلاً عن تشكيل فريـق طبي متكامل لعلاجه، يشمل الطبيب والممرض واختصاصي التغذية ومرشد نفـسي واجتماعي (سنجق، 2010 : 67).

كيفية اختيار معايير الاعتماد:

هنالك العديد من المعايير الوطنية والمعترف بها دولياً وإقليمياً يـتم صـياغتها بعد سلسلة طويلة من البحوث والمناقشات، أي أن اختيارها لا يبدأ من نقطة الصفر، بل يتطلب مراجعة آخر ما تم التوصل إلية في صياغة المعايير. وعلـى المـستوى العربي والدولي تكون عملية اختيار المعايير وتطويرها بصفة مستمرة من قبل هيئة الاعتماد بعد اتخاذ قرار وطني يخص التوجيهات التي تنوي الدولة التوجه لها.

وهذا يعني اختيار أحد الطرق الآتية(الخدمات الطبية الملكية، 2009: 15) :

1. **الاختيار الدولي:** وفيه تشجع الدولة المؤسسات الصحية مـن الحـصول علـى الاعتماد من إحدى هيئات الاعتماد الدولي المعترف بها ليكون الاعتراف دوليا، لإمكانية المقارنة بالمؤسسات الصحية العالمية.
2. **الاختيار العربي:** وفيه تتفق الدول العربية على نظام اعتماد موحد تحت مظلـة منظمة الصحة العالمية وجامعة الدول العربية ومنظمة العمل العربيـة وحاليـا يجري العمل على إنشاء هيئة اعتماد عربية لمجموعة من الدول العربية.
3. **الاختيار الوطني:** وفيه يتخذ قرار بإنشاء هيئة اعتماد على مستوى الدولة عنـد توافر الإمكانيات البشرية والمادية والعلمية التي تضمن الاستمرارية وهذا يتطلب إنشاء هيئة اعتماد مستقلة ذات كيان اعتباري ومـالي تـؤثر وتتـأثر بعمليـة الاعتماد، تتكون من عدة لجان متخصصة لفحص ومراجعة واختيـار المعـايير

الوطنية بما يتلاءم مع مراحل وإمكانيات وعمليات التنمية التي تمر بها الدولـة. وفي هذا الصدد، دأبت المستشفيات الأردنية بشكل عام، والخاصة منها بـشكل خاص إلى تطوير جودة الخدمات العلاجية والتمريضية وحتى الفندقية المقدمـة لعملائها من المرضى، وذلك عن طريق تبني برامج وأنظمة الجـودة المختلفـة سواء كانت شهادات المنظمة الوطنية للمقاييس ISO-9000، أو جـائزة الملـك عبدالله الثاني للتميزللاداء الحكومي والشفافية، أو بالحصول على إحدى شهادات الاعتماد الوطنية المتخصصة بالمستشفيات من الهيئات الوطنية المخولة بتقـديم هذه الشهادة. الأمر الذي أسهم في توسيع قاعدة اسـتقطاب المرضـى العـرب والأجانب الذين قصدوا تلك المستشفيات استكمالا لمتطلبـات الجـودة العالميـة (سنجق، 2010، 12).

ويمكن اعتبار أن من أهم محاور الإستراتيجية الصحية الوطنيـة فـي الأردن للفترة من 2008 ولغاية 2012 هي محور الجودة، وذلك لرفـع مـستوى وفعاليـة وكفاءة الخدمات المقدمة بما يسهم في تعزيز وتحسين الوضع الصحي لمتلقي الخدمة وبما يتلاءم مع التطور العلمي ضمن الإمكانات المتاحة في جميع أنحـاء المملكـة (الإستراتيجية الصحية الوطنية الأردنية، 2008-2012: 42). ويمكن تحقيق هـذا من خلال الالتزام بالمعايير الوطنية والوطنية من قبل المستشفيات الأردنية ليـصبح الأردن أكثر تنافسية على المستوى الدولي في قطاع الخـدمات الطبيـه (USAID: 2005: 2).

كيف يستطيع المستشفى أن يحقق معايير الاعتماد؟

وذلك بأن يبدي المستشفى التزامه بما يلي(الخدمات الطبية الملكية، 2009: 2):

1- تحسين وتطوير الجودة في مجال رعاية المرضى.
2- العمل على إيجاد بيئة آمنة.
3- الحد من المخاطر المحتملة للمرضى والكوادر العاملة ومتلقي الخدمة الصحية والزوار.
4- أن يحقق جميع المعايير الأساسية والنسبة المطلوبة من المعـايير الجوهريـة والمتقدمة.

كيفية اختيار المعايير الوطنية الأردنية:

تم أخذ معايير دولية مطبقة في الدول الرائدة في مجال اعتماد المستشفيات ومن ثم مراجعتها، تدارسها، تعديلها وتطويرها ومواءمتها بحيث أصبحت معايير وطنية، ومن ثم تقييم هذه المعايير من قبل الراعي العالمي لهيئات الاعتماد (ISQua) والتي أعطت لمعايير المستشفيات الأردنية الاعتماد الدولي. وقد تم هذا الجهد الوطني من قبل مجموعة من المهنيين الأردنيين موصى بهم من قبل المستشفيات المختارة ووزارة الصحة الأردنية، وتحت إشراف مباشر من قبل ذوي الخبرة والاختصاص وهذه المعايير هي (الخدمات الطبية الملكية، 2009: 1):

أ- متفق عليها على المستوى الوطني في الأردن.

ب- معترف بها ومعتمدة دولياً.

ج- مصنفة إلى:

1- أساسية (Critical) يجب على المستشفيات أن تحقق 100% من المعايير الأساسية.

2- جوهرية (Core) يجب على المستشفيات أن تحقق نسبة معينة منها، مثلاً 40%.

3- متقدمة (Stretch) يجب على المستشفيات أن تحقق نسبة معينة منها، مثلا 20%.

نشأة إدارة الجودة الشاملة:

مصطلح الجودة:

الجودة (بضم الميم)، أو فتحها، لغةً: بمعنى الشيء الجيد، وتعني الإحسان، الإتقان. وهو مصطلح لغوي يطلق على من كلّف بعمل فأجاده (جرادة، 2004: 12، 14).

معنى ودلالات الجودة:

إن الجودة ومتعلقاتها ترتبط ارتباطاً عضوياً بمنظومة متشابكة من: القيم، والمبادئ، والمثل التي تؤدي في مجموعها إلى: النهضة، والرقي، والنماء، وتمتد الجودة لتشمل معاني وقيماً أخرى لا تقل أهمية عنها مثل: تحديد الوجهة، الشمولية، المنهجية في التناول، الاهتمام بالتفاصيل، الاستفادة من تجارب الآخرين (الإرث

العالمي)، استشعار الحاجة المحلية، إيجاد مناخ صحي للمنافسة والثواب والعقاب أو (تكريم المجد ومتابعة المقصر). وبذلك نجد أن الجودة بمعانيها وإيحاءاتها ليست اختراعاً غربياً محضاً بل هي تستند على مخزون واسع من القيم الإنسانية والخبرة البشرية حيث أن الواحد منا يجد بسهولة صدى لكثير من هذه المعاني والقيم في تراثنا الإسلامي والدليل على هذا وفرة الإشارات التي جاءت في القرآن الكريم: (إن الله يحب المحسنين) (والذي خلق الموت والحياة ليبلوكم أيكم أحسن عملاً)، أما في السنة المطهرة فمنها قول رسول الله صلى الله عليه وسلم: (إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملاً أن يتقنه)، فالجودة تعبير واسع الثراء يستحق بأن يوصف بأنة جامع مانع، وهي أقرب إلى ما يقال (حيث الكل في واحد) (شعث، 2004: 17، 18).

إن مفهوم الجودة قد تجذّر في الضمير لإنساني والوعي البشري، ففتنة (آدم) علية السلام في الجنة كانت منبثقة عن الطموح للأجود الذي زينه الشيطان، وقربان (هابيل)، وامتحان الإنسان أمام الله في هذه الدنيا امتحان جودة، وقد كفل عدل الله للإنسان معايير الاختيار عندما هداه النجدين، وأعطاه القدرة على تمييز الأفضل (غنيم، 2004: 23).

تشير المصادر المتخصصة بهذا الميدان إلى أن اليابان هم أول من تبنى مفهوم الجودة في الإنتاج في المؤسسات الصناعية، وكان ذلك أثناء حقبة الخمسينات من القرن المنصرم، وذلك من أجل النهوض مجدداً بعد أن كبدتها الحرب العالمية الثانية خسائر فادحة في ترسانتها العسكرية والصناعية والاقتصادية بوجه عام محققة بذلك نتائج عظيمة أدهشت المنتجين والصناعيين في مختلف الدول الصناعية لاسيما في الولايات المتحدة الأمريكية التي انكمش معدل تصريف بضائعها أمام تدفق البضائع اليابانية وسرعة نفاذها في الأسواق وإقبال الزبائن عليها (السامرائي، 2007: 22)، وبعد ذلك أصبح موضوع العصر هو الجودة، حيث تجسد في نهج إداري حديث أطلق علية تسمية إدارة الجودة الشاملة، هذا النهج قام بتطوير مفهوم الإدارة القديم، ليتماشى مع التوجهات الحديثة والمعاصرة، التي تؤكد على تحقيق الجودة العلية لكسب رضا لعملاء، تأكيداً على أن مسألة الجودة لا تشمل مجالاً معيناً أو أكثر داخل المنظمة بل يشملها جميعاً (عقيلي، 2001: 19).

لقد ركزت المحاولات الأولى لزيادة جودة المنتج على اعتمادها على فرد واحد من مجموعة صغيرة من الأفراد الحرفيين، حيث كان الفرد الواحـد يتـولى إنتـاج المنتج بكميات صغيرة، أي أن مسؤولية ضبط الجودة تقع على عـاتق الحرفـي إذ يصنع المنتوج بالضبط بناءاً على حاجات الزبائن ورغباتهم وهذه المرحلة (مرحلـة مسؤولية الحرفي عن ضبط الجودة) بدأت ما قبل القرن العشرين ولازالت موجـودة حتى وقتنا الحاضر. ثم جاءت مرحلة مسؤولية رئيس العمال عن ضبط الجودة مـع مجيء الثورة الصناعية والعمل بتقسيم العمل والتخصص فيه، حيث أصبح العاملون يخضعون لإشراف رئيس العمال حيث أصبح هو مسؤولاً عن جودة المنتج. وشهدت الفترة ما بين (1920-1945) تطوراً جديد في مجال ضبط الجودة حيـث ازدادت العمليات تعقيداً وازداد عدد العاملين وأصبح من الصعب الـسيطرة علـى العمـل المنجز من قبل كل عامل، لذا استخدمت وظيفة (المفتش) والذي يقوم بفحص جـودة المنتجات بعد نهاية تشطيب المنتج وهو أقرب ما يكون إلى الرقابـة الـسلبية. ثـم ظهرت مرحلة جديدة (1945-1960) لضبط الجودة باستخدام الأساليب الإحصائية، وأصبح تحقيق مستوى عال للجودة والمنتوجات هو ما تسعى إليه جميع المنظمـات الصناعية، ذلك أن ضبط الجودة هو بناء الجودة، والحفاظ عليها هي مسؤولية جميع العاملين وليس مسؤولية قسم معين، وهي أيضاً ليس التفتيش عنهـا. أمـا مرحلـة ضمان الجودة (1960-1985) وفيها أصبحت الجودة ركناً أساسياً للوظيفة الإدارية للمديرين، وتعني ضمان الجودة إلى جميع الإجراءات اللازمة لإعطاء الثقـة بـأن العملية المؤداة سوف تستوفي متطلبات الجودة (العزاوي، 2005: 18,19).

ومع مطلع الثمانينات (1985-2010) جاءت مرحلة التركيز العـالي علـى العملية مع إشراك الزبون في إجراء تحسينات على المنتوج وتحسن مواصفاته وبما يلاءم حاجات الزبائن وتوقعاتهم ويحقق مستوى عالٍ من الرضا للزبـائن الحـاليين والمرتقبين إلا وهي مرحلة إدارة الجودة الشاملة، فضلاً على التركيز على مشاركة العاملين كأساس في عمليات التحسين المستمر للجودة. والمرحلة القادمـة (2010)، يتوقع أن يشهد العقد القادم تطورات كبيرة في أساليب ضـبط الجـودة، حيـث أن المنظمة عليها أن تبدأ أولاً بالزبون حتى تحقق مستوى الجودة المطلوب، إذ سيعتمد

التركيز على الزبون في جميع عمليات ضبط الجودة بدءاً من التخطـيط للأنـشطة والفعاليات اللازمة لضبط الجودة وإدارتها وصولاً إلـى المخرجـات النهائيـة، إذ سيكون الاتجاه بالتحول نحو تحقيق القيمة الشاملة للزبون والـذي يتطلـب مكافـأة العاملين مادياً ومعنوياً لتحقيق تلك القيمة وتحقيق رضا الزبـون (الحـداد، 2009: 56-60).

مداخل ونماذج تطبيق الجودة الشاملة

هناك عدة نماذج لتطبيق ادارة الجودة الـشاملة فـي المنظمـات الـصناعية والخدمية. ولقد تبنت الخدمات الصحية والمستشفيات نمـاذج قابلـة لتطبيـق فـي ممارستها الادارية والسريرية ،وهي كالاتي (المحياوي، 2006: 116):

1 . نموذج Donabedian الذي ابتكر في عام (1966) مداخل الهياكل والعمليـات والنتائج، وهي عبارة عن معلومات تستخدم في التحليل والاستنتاج لقياس وتقييم الجودة. وبالرغم من اعتبار هذا النموذج تقليديا الا انه يعـد مهمـا للانجـاز، وتتناغم فيه عمليات النظام وادارة اجزائة وعناصرة لتحقيق جودة افضل بـشأن النتائج والمخرجات.

2. نموذج Deming، (1994 -1930) اذ يعد الاحصائي الامريكي Deming هو الاب الحقيقي لادارة الجودة الشاملة (المحياوي، 2006: 116) والذي تأثر كثيرا بـ Shohart (فيلد واخرون، 2004: 12) وقد عمل فـي المنظمـات اليابانيـة لتحسين الجودة،وقدر له اليابانيون هذة المساهمات وعدوها من اسـباب تفـوق اليابان في الجودة (جودة، 2004، 292). ولعل من اهـم ماقدمـة Deming مايعرف بدائرة (PDCA) خطط –افعل –تحقق – نفذ والتي تهدف الـى حـل المشاكلات وتحسين استخدام الموارد وتحقيق رضا الزبائن وقد اشـار Deming الى اربع عشر مبدأ لتحسين الجودة في منظمات الاعمال وتلخصت هذه المبادئ بما يلي: التحسين المستمر،وتبني مفهوم الجودة الشاملة، والفحـص والتفتـيش المستمر للعينات، وعدم التركيز على الاسعار والجوانب المالية فقط،والتحـسين المستمر لعمليات الانتاج، والتدريب والتعليم المستمر للعـاملين،وتوافر القيـادة المساعدة للعاملين، وغياب ثقافة الخوف في المنطقة،وسهولة الاتـصال وازالـة

الحواجز بين الاقسام،والحد بين الشعارات والنصائح،والقضاء على انظمة الحصص في العمل،وازالة الحواجز امام الابداع ،وتشجيع التعليم والتطور للافراد والتخطيط للاعمال(Sitakalin ,2003 : 25)

3. نموذج Juran، وهو عالم امريكي، من علماء الجودة في العالم (Sitakalin, 2003 : 15) (المحياوي، 2006: 122)، ومن الاوائل الذين ساهموا في نشر ثورة الجودة (العلي،2008: 67). وفي العام (1951) اصدر Juran اكثر كتبة شهرة وهو بعنوان: رقابة الجودة Quality control handbook . وكذلك طور Juran ماسمي ثلاثية الجودة والتي تناسب مع جميع الوظائف والمستويات الادارية وعمليات الانتاج، التي تظمنت ثلاثة نشاطات رئيسية وهي:

1- تخطيط الجودة لتحسين عمليات تطوير المنتجات والخدمات اللازمة لتلبية متطلبات المستهلك بأنتاج جودة من الخدمات والسلع وتحسين مزايا الانتاج.

2- الرقابة على الجودة والتي تتضمن التقويم لعملية تحقيق اهداف الجودة خلال العمليات وتصحيح الخلل وذلك عن طريق استعمال منحنى الرقابة ووضع معايير للاداء وتفسير التباين .

3- تحسين الجودة وتتضمن نشاطات رفع مستوى جودة الاداء لمستويات متميزة ووضع برامج للتحسين المستمر وكشف فرص التحسين وتأمين الدعم المالي والاداري، وتشخيص المشكلات وحلها (Brown, 2005: I-25)

4- نموذج Crosby، الذي عمل مهندسا مختصا في المعولية (Relliability) بمؤسسة مارتن ماريتا (المحياوي، 2006: 125) ويعد Crosby من الرواد في مجال الجودة،وقام بتأسيس كلية الجودة،واشتهر Crosby في عام (1979) من خلال كتابة (Quality is free) والذي كان من اكثر الكتب مبيعا ورواجا في ذلك الوقت، والذي رطز في على اساليب تطوير الجودة وتخفيض تكاليفها. تركزت لفسفة Crosby على المطابقة مع المتطلبات،واعتبار معيار الاداء هو المعيار الصفري (Heuer, 2002 : 23 Sitakalin, 2003 : 15)، وان نظام الجودة هو المنع وليس التقييم وقياس الاداء (العلي، 2008: 126) ولقد ركز Crosby على اهمية معرفة التكاليف غير الظاهرة لتدني الجودة والتي يعبر عنها في الخدمات

الصحية والمستشفيات بسوء ممارسة الاداء وغالبا ما مثلها وكأنها جبل جليـدي وهي:

1 _ التزام الادارة

2 _ تشكيل فرق ومجالس الجودة

3 _ قياس الجودة لمعرفة مدى التحسين

4 _ قياس تكلفة الجودة

5 _ نشر ثقافة الجودة

6 _ اتخاذ الاجراءات التصحيحية

7 _ التخطيط للعمل دون اخطاء

8 _ تعليم العاملين على مبادئ الجودة

9 _ تحديد يوم لتعزيز الوعي للجودة يوم دون اخطاء

10 _ تحديد الاهداف لتشجيع الابتكار

11 _ التخلص من مسببات الاخطاء

12 _ مكافئة المبدعين

13 _ انشاء لجان ومجالس متخصصة بالجودة

14 _ التحسين المستمر (Brown, 2005 : I- 29)

5- نموذج Ishikawa (1940 - 1980) وهو من الرواد اليابانيين للجودة ومؤسس حلقات مراقبة الجودة،وقد ابتدع السبب والنتيجة،الامر الذي ساعد العاملين على استنباط الافطار وتحليل المشكلات بطريقـة تعتمـد علـى العـصف الـذهني (Ishikawa) واوجد مفهوم TQC (Total quality control) الذي اعتمـد علـى اعادة تصميم الخدمات والسلع حسب رغبـة الزبـون (Brown, 2005 : I-29) .

وعد Ishikawa الجودة الشاملة كالاتي :

1- مشاركة العاملين

2- التركيز على التعليم

3- بناء حلقات الجودة

4 - مراجعة السيطرة

5- استخدام الاساليب الاحصائية

6. نموذج Malcolm baldrige للجـائزة الوطنيـة للجـودة (Malcolm baldrige National quality award) . سميت هذه الجائزة بأسم مالكولم بالـدريج وزيـر التجارة الامريكي (1987 – 1981)،وهي جهد مشترك اسـهم فيـه المعهـد القومي للمقاييس والتكنولوجيا وشعبة التجارة الامريكية،وتشرف عليها المجمعية الامريكية لضبط الجودة والهدف الرئيسي من الجائزة هـو تـشجيع الاهتمـام بموضوع الجودة،واستيعاب المنظمات لمفهوم التميز في العمل،وتبادل الخبـرات والنعلومات بين العاملين. ولقد صممت هذه المعايير لمساعدة المنظمـات علـى استخدام مدخل متكامل لادارة الاداء وبطريقة تؤدي الى قيمة مضافة للمرضـى والمستهلكين وبالتالي تحسين الرعاية الـصحية وتعزيـز التعلـيم المؤسـساتي والفردي وان معايير الرعاية الصحية حسب نموذج بالـدريج اعتمـدت علـى مجموعة من القيم الاساسية وهي:

1- الرؤية والقيادة وتلبية جميع متطلبات ورغبات اصحاب المصالح من مـوظفين واطبار ومستهلكين وشركاء .

2- التركيز على المريض لتقديم الرعاية المتميزة ولتحقيق الرضا والمشاركة فـي صنع القرار العلاجي .

3-التعلم على مستوى الافراد الى حل المشكلات وتـشاركية المعرفـة والمهـارات وخفض الكلفة وزيادة الانتاج .

4- تقدير وتحفيز الشركاء والعاملين

5- رشاقة المنظمة وزيادة قدرتها على اجراء التغيير السريع وذلك بهدف التحـسين المستمر للمنظمة

6- التركيز على المستقبل وفهم المؤثرات المستقبلية واسـتباق حاجـات الزبـائن والتفوق عليها،

7- ادارة الابتكار واضافة قيم جديدة لاصحاب المصالح

8- الادارة بالحقائق والاعتماد على البينات والمخرجات والنتائج

9- المسؤلية الاجتماعية وصحة المجتمع .

10- التركيز على النتائج واستحداث القيمة

11- تبني منظور النظم . (جودة،2004 : 297)

7. النموذج الدولي لادارة الجودة الشاملة،(The international, standardization of quality management) بسب الانتشار العالمي لادارة الجودة الشاملة والحاجة الى وضع معايير موحدة للجودة وطرق قياسها، ظهـر عـام (1980) مفهـوم المعايير الدولية لادارة الجودة (ISO 9000) والتي وظعتها منظمة عالمية راعت التنوع في الثقافات والاختلاف بين المناطق. والان يوجد اكثر من (100) بلـد في مختاف انحاء العالم يتبنى معايير (ISO 9000) ومنهـا الولايـات المتحـدة الامركية وبريطانيا واستراليا واليابان ونيوزلندا (Yung,et.al. 1997 : 4) وتشمل شهادة (ISO 9000) على سلسلة من المقاييس المنظمة لكافة جوانـب العمليـات داخل المنظمة، ونظاما كاملا وشاملا للجودة

8. النموذج الاوربي للجودة : قامت المؤسسة الاوربية لادارة الجودة (European foundation for quality management) في عـام (1991) بتأسـيس الجـائزة الاوربية للجودة (European quality assurance)، وذلك لتـشجيع المنظمـات الموجودة في الدول الاوربية على الاستمرار في التميز في اداء الاعمال وتطبيق ادارة الجودة الشاملة (جودة، 2004: 298) ويرتكز هذا النموذج علـى تـسعة معايير وهي:

1- القيادة

2- التخطيط الاستراتيجي

3- القوى العاملة

4- نتائج الاداء والمخرجات

5- العمليات

6-الشركاء والموارد

7- نتائج المستهلك

8- نتائج المجتمع

9- النتائج الرئيسية

مفهوم إدارة الجودة الشاملة:

استخدم مصطلح إدارة الجودة الشاملة لأول مرة عام 1985 من قبل الطيـران في البحرية الأمريكية يصف فيها الطريق إلى تحسين الجودة بالأسـلوب اليابـاني للإدارة، وهي طريقة لتحقيق نجاحات مستمرة وصغيرة ومتواصلة على المدى البعيد من تحقيق رضا الزبون (أبو نبعه ومسعد، 1998: 3). وتعرف منظمـة التقيـيس العالمية إدارة الجودة الشاملة بأنها عقيدة أو عرف متأصل وشامل في أسلوب القيادة والتشغيل لمنظمة ما، بهدف التحسين المستمر في الأداء على المدى الطويـل مـن خلال التركيز على متطلبات وتوقعات الزبائن مع عدم إغفال متطلبات المـساهمين وجميع أصحاب المصالح الآخرين (العزاوي، 2005: 39).

ويعرف (جاد الرب، 2008: 312) بأنها الإدارة المسؤولة عن ممارسة العملية الإدارية من تخطيط وتنظيم وتوجيه ورقابة لإنتاج منتجات وتقديم خدمات خالية من العيوب وتحقق الأهداف التنظيمية ومتطلبات وحاجات العملاء.

وأيضاً تعرف إدارة الجودة الشاملة على أنها فلسفة ومجموعة مـن المبـادئ المرشدة تمثل الركائز الأساسية للتحسين المستمر للمنظمة أو المنشأة وكذلك، هـي تسخير الأساليب الكمية والموارد البشرية بهدف تحسين جميع العمليات في المنظمة وتجاوز احتياجات المستهلك الحالية والمستقبلية. وتجمع إدارة الجودة الشاملة بـين أساسيات الأساليب الإدارية، وجهود التطوير المتوافرة، والإدارات التقنية المتـوافرة وفق الأنظمة المرعية. وإدارة الجودة الشاملة هي فلسفة إدارية حديثة، تأخذ شـكل نهج أو نظام إداري شامل، قائم على إحداث تغييرات إيجابية جذرية لكل شيء داخل المنظمة، بحيث تشمل هذه التغييرات: الفكر، السلوك، القيم، المعتقدات التنظيميـة، المفاهيم الإدارية، نمط القيادة الإدارية، نظم وإجراءات العمل والأداء...إلخ، وذلـك من أجل تحسين وتطوير كل مكونات المنظمة، للوصول إلـى أعلـى جـودة فـي مخرجاتها (سلع أو خدمات) وبأقل تكلفة، بهدف تحقيق أعلى درجة من الرضا لدى زبائنها، عن طريق إشباع حاجاتهم ورغباتهم، وفق ما يتوقعونه، بل وتخطـي هـذا التوقع، تماشياً مع إستراتيجية تدرك أن رضا الزبون وهدف المنظمة همـا هـدف واحد، وبقاء المنظمة ونجاحها واستمراريتها يعتمد على هذا الرضا، وكـذلك علـى

رضا كل من يتعامل معها من غير الزبائن كالموردين وغيرهم(عقيلي، 2001: 31).

ويمكن النظر لإدارة الجودة الشاملة على انها نظام إداري متكامل ومؤلف من عدد من العناصر التي يتم التعامل معها بأسلوب علمي مخطط ومدروس، بحيـث لا يتم الانتقال من عملية إلى عملية أخرى إلا بعد التأكد مـن اسـتيفائها للمواصـفات الموضوعة لها، كي لا تشكل عبئاً أو معوقاً للعملية اللاحقة لهـا، وتتجـه جهـود العمليات والإجراءات كافة إلى تحقيق أقصى مستويات الجودة التي هـي مـسؤولية جميع العاملين بغية تحقيق رغبات وتوقعات ورضا الزبائن الخارجين والداخلين وما ينتج عن كل هذا من تحقيق كفاءة إنتاجية عالية وعوائد مجزية للمنظمة (السامرائي، 2007: 39). ويعرفها (ويليامز، 1999: 5) بأنها تعريف فلسفة الشركة لكل فرد بها. كما تعمل على تحقيق دائم لرضا العميـل مـن خـلال دمـج الأدوات والتقنيـات والتدريب. يشمل ذلك تحسناً مستمراً في العمليات داخل الشركة، مما سيؤدي إلـى منتجات وخدمات عالية الجودة.

وبذلك يمكن اعتبار الجودة عملية خلق وتطوير قاعدة من القيم والمعتقدات التي تجعل كل موظف يعلم أن الجودة في خدمة المستفيد هي الهدف الأساسـي للوحـدة الصحية، وإن طريق العمل الجماعي وفرق العمل هي الأسلوب الأمثـل لإحـداث التغيير المطلوب في المستشفى (مخيمر والطعامنة، 2003: 193).

وإدارة الجودة الشاملة هي مهمة أساسية لكافة الأفراد العاملين في المنظمة من خلال سعيهم لتقديم سلع أو خدمات بالمواصفات القياسية بنوعية جيدة وبسعر يتلاءم مع القدرة الشرائية لعموم الزبائن الحاليين منهم والمستقبليين وفي الزمان والمكـان المناسبين (البلداوي ونديم، 2007: 4).

مبادئ تطبيق إدارة الجودة الشاملة

توجد ثمانية مبادئ لإدارة الجودة الشاملة (TQM) تعكس أفضل الممارسـات الإدارية الواجب تنفيذها (القحطاني، 15:1993) وهي كالآتي:

1. **التركيز على الزبون:** فالمنظمة تعتمد على زبائنها في استمرارها ونجاحها، مما يتوجب عليها فهم حاجاتهم الحالية والمستقبلية والعمـل والـسعي بجـد لتلبيـة توقعاتهم..

2. **القيادة:** وهي أن تقوم قيادة المنظمة بتوحيد الأهداف والتوجه الكلي للمنظمة وإيجاد البيئة الداخلية المناسبة لإشراك العاملين مشاركة فعالة في تحقيق الأهداف، والمحافظة على تلك البيئة(الطعامنة، 93:2001).
3. **مشاركة الأفراد:** وذلك بإشراك الأفراد في جميع المستويات الإدارية مشاركة كاملة تمكنهم من إظهار قدراتهم ومواهبهم من اجل تعظيم فائدة المنظمة (شعبان، 2009: 15).
4. **استخدام مدخل النظام للإدارة:** من خلال تحديد وفهم العمليات الإدارية المترابطة والمتفاعلة ليسهم في تحقيق المنظمة لأهدافها بفاعلية وكفاءة.
5. **التحسين المستمر:** وهي ضرورة وجود خطة للتحسينات المستمرة في المنظمة ومحاولة تقليل الأخطاء والعيوب، وتحسين مؤشرات الإنتاجية والأداء وضمان استمرار هذه العملية لتكون هدفاً ثابتاً ومستمرا.
6. **مدخل الحقائق في اتخاذ القرار:** فالقرارات الفاعلة هي تلك القرارات المستندة على تحليل البيانات والمعلومات وليس على الحدس والتخمين أو الخبرة.

علاقات المنفعة المتبادلة: فالعلاقة اعتمادية متبادلة قائمة على المصلحة المشتركة ما بين المنظمة والمجهزون، تؤدي إلى تعزيز قدرتهم على خلق قيمة مضافة لكل منهم (سنجق، 2010: 29).

أهداف إدارة الجودة الشاملة:

لا تستطيع أي منظمة أن تصمد في وجه المنافسة، إلا من خلال إستراتيجية متكاملة، تضع نصب عينها هدفاً أساسياً هو تحقيق مستوى جودة عالي، في سبيل تحقيق رضا وسعادة عاليا المستوى عند العملاء، لضمان البقاء والاستمرار والتطور، لذا نجد أن إدارة الجودة الشاملة تسعى إلى ما يأتي (عقيلي، 2001: 41):

1. فهم حاجات ورغبات العميل لتحقيق ما يريده وجعل ذلك عملا مستمرا (ابو النصر، 2008: 33) .
2. توفير السلعة أو الخدمة وفق متطلبات العميل من حيث الجودة، التكلفة، الوقت والاستمرارية.
3. جذب المزيد من العملاء والمحافظة على العملاء الحاليين (كوش، 46:2002).

4. التكيف مع المتغيرات التقنية، والاقتصادية، والاجتماعية، بما يخدم تحقيق الجودة المطلوبة.

التميز في الأداء والخدمة عن طريق التطوير والتحسين المستمرين للمنتج أو الخدمة، وجعل الكفاءة بشكل عام عالية في ظل تخفيض التكلفة إلى أدنى حد ممكن، لكن ليس على حساب الجودة بل من خلال ترشيد الإنفاق (Diego, 2006: 282).

متطلبات إدارة الجودة الشاملة:

تتطلب إدارة الجودة الشاملة توفر المتطلبات الأساسية الآتية (الطاهر، 2010: 137):

1. **التغيير في رؤية الإدارة:** وذلك من خلال إعلان الإدارة العليا عن التزامها التام ببرامج الجودة الشاملة حيث لابد أن تتصف هذه الإدارة بما يلي:
   - **أ.** القدرة على التأثير بفعالية داخل المنظمة.
   - **ب.** أن تهتم بالتحسين الشامل وليس الجزئي فقط (المنصور، 1997: 7).
   - **ج.** تهيئة البيئة الملائمة لتنفيذ برامج الجودة الشاملة.
   - **د.** القدرة على التنظيم وتوزيع السلطات بين العاملين.
   - **ه.** تلبية حاجات العملاء.
   - **و.** الفعلية في الاتصال مع العاملين (Berte, 1993 :4).
2. **الانفتاح في الاتصال:** حيث تتطلب إدارة الجودة الشاملة اتصالاً تنظيمياً على النحو الآتي (الدرادكة، 2008: 47):
   - أ- الاتصال من أعلى إلى أسفل: بين الإدارة والعاملين أوامر ومعلومات.
   - ب- الاتصال من أسفل إلى أعلى: لنقل الاستفسارات والشكاوي.
   - ج- الاتصال الأفقي: بين نفس الإدارات أو الأقسام من نفس المستوى الإداري للتنسيق والتشاور والتعاون
3. **مراعاة العوامل الإنسانية:** حيث لابد أن تقوم ثقافة المنظمة على احترام الفرد وتقديم أفضل الخدمات للعملاء، وأن تقوم على تضافر الجهود من أجل تحقيق التطور في مختلف أعمال المنظمة وخدماتها (محارمة، 2008: 98).

4. **استخدام فرق العمل:** وذلك من خلال تقسيم المنظمة إلى جماعات عمـل علـى أساس المنفعة المتبادلة بين المنظمة والعاملين فيها، الأمر الذي يخلق دوافع بين الأفراد العاملين نتيجة الانتماء للجماعة ويزيد من كفاءتهم للوصول إلى تحـسين إنتاجية المنظمة التي يعملون بها (عقيلي، 2001: 105).

5. **إدارة أنواع الجودة:** حيث يتم إدراك جودة التصميم، وجودة المطابقـة وجـودة الأداء.

6. **التأكيد على الجودة الشاملة ضمن رسالة المنظمة:** وذلك من خلال التأكيد على أن العاملين في المنظمة يمثلون أهم موجوداتها وكذلك التأكيد على رضا العاملين وإشباع حاجاتهم (فيلد وآخرون, 2005: 959, USAID, 2005: 15).

خطوات تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

إن الاستمرار في إتباع الأسلوب البيروقراطي الحريص على تحقيق الأهـداف بغض النظر عن نوعية الإنجاز قد أثار انتباه الكثير من المنظرين الإداريين الـذين رأوا أن تحقيق الأهداف بحد ذاتها ينبغي إلا يكون نهاية المطـاف بالنـسبة لـدور المنظمات الحكومية، بل ينبغي التركيز على نوعية أو جودة هذه الأهداف المحققـة، وبالتالي رأوا أن أحسن طريقة لتحسين مستوى المعيشة ونوعية الخدمة المقدمة هـو تبني مفهوم إدارة الجودة الشاملة، ذلك أن تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة يتطلب تحليلاً مفصلاً وشاملاً لأنظمة تقديم الخدمات والإنتاج، ويدفع المديرين في القطـاع الحكومي إلى معرفة جدوى المشاريع المنفذة من حيث مـدى ملاءمتهـا لحاجـات المستفيدين (هيجان، 1994: 413).

إن المنظمات الصحية من أكثر المنظمات حساسية كما أنها من أكثرها تعقيـداً أو تداخلاً وتشابكاً سواء من حيث المهام أو الأفراد أو الهياكل التنظيمية أو القيـود المفروضة عليها (جاد الرب، 2008: 335).

ومن أهم الخطوات الفعلية لتطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة هـي كـالآتي (ذياب، 2009: 22):

1. قناعة الإدارة في المستشفى بهذا الأسلوب وتعهدها والتزامها بتنفيذ هذا البرنامج، ويتطلب ذلك تدريب العاملين في المستشفى على مفاهيم الجودة وإدارة الجـودة

وتشكيل الفرق في أقسام المستشفى، ويكون المدراء أعضاء في هذه الفرق وكذلك رؤساء الأقسام والأفراد الذين يعتبرون مراكز قوة في المستشفى (محمد، 2006: 33).

2. تعريف جميع العاملين بأن الإدارة ستتبنى هذا الأسلوب ووضع السياسات المناسبة لذلك والتعريف بها، وعقد الدورات وورش العمل التي تشرح وتوضح كافة الجوانب المرتبطة بهذا الأساس (جودة، 2004: 216, Bishop, 2003: 50).

3. إيجاد الخطط العملية والتنفيذية والاستراتيجيات لإدارة الجودة الشاملة بما في ذلك الهيكل التنظيمي المتضمن نشاطات إدارة الجودة وإيجاد وحدات تنظيمية لإدارة الجودة ضمن الهيكل التنظيمي (الاحمدي، 2009 : 148).

4. تحديد الفترة الزمنية للتطبيق، وتحديد العاملين الذين سيشتركون في تنفيذ إدارة الجودة مع ضرورة مراعاة القوانين والأنظمة المعمول بها وتوفير كافة المتطلبات الضرورية لإدارة الجودة الشاملة في المستشفى (Angle, 2000: 19).

5. تحديد الموارد البشرية والاحتياجات التدريبية والتمويل المناسب واختيار المتدربين والمدربين.

6. إيجاد معايير لقياس الأداء ومقارنة الأداء الفعلي مع المتوقع ومدى وجود فجوات بين ما هو مطلوب وما هو متحقق والعمل على تقليل الفجوة بينهما من خلال التدريب والرقابة الجيدة، على أن تكون عملية الرقابة متتابعة ومستمرة (Ronald, 2005: 37).

7. الإعلان عن نجاح المستشفى باستخدامه هذا الأسلوب مع إيجاد جوائز وحوافز تقديرية لمختلف المساهمين في نجاح هذه البرامج.

8. استمرارية التنظيم والتعديل بما يتوافق مع المتغيرات البيئية الداخلية والخارجية، ومتابعة الدراسات والمؤثرات التي ترتبط بإدارة الجودة الشاملة والاستفادة منها (المحياوي، 2006: 194).

إن تطبيق هذا الأسلوب في إدارة المستشفيات يعد من أفضل الخيـارات لأنـه على المدى الطويل يحقق نجاحاً بمختلـف المقـاييس والمفـاهيم المـستخدمة فـي المستشفى (Walter, 1984: 37).

فوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

تمتاز إدارة الجودة الشاملة بالعديد من الآثار الإيجابية المنعكـسة علـى أداء المنظمة ويمكن إيجازها كالآتي (البلداوي ونديم، 2007: 98):

1. الارتقاء بنسب الربحية.
2. الارتقاء بنسب الإنتاجية.
3. الارتقاء بالفاعلية التنظيمية وتقليل معدل دوران العمل.
4. تحقيق رضا الزبون (البكري، 2004: 15).
5. جذب المزيد من الزبائن أي توسيع الحصة السوقية (السكارنه، 2009: 182).
6. تقديم الحلول النظامية لمشاكل الجودة.
7. تكامل الأنشطة وتنسيق الجهود.
8. تطوير مستمر في تصاميم المنتجات (زيدان، 2010: 66).
9. بناء الإحساس الفعلي والشعور بالمسؤولية لدى العاملين.
10. تقليل الفاقد أو التالف على مستوى ساعات التشغيل والطاقة والناحية المادية.
11. تحقيق الميزة التنافسية (العزاوي، 2005: 68).
12. تحقيق العمل الجماعي.

معوقات نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية:

هنالك العديد من الصعاب التي تحول بين منظمات الرعاية الصحية وبين تبنيها لأسلوب فعال في إدارة الجودة وتحسينها حيث إن تطبيق إدارة الجودة والتحـسين، في منظمات الرعاية الصحية، تكتنف في العادة صعوبات وعوائق يغلب أن تكـون عادية أو طبيعية. ويمكن لهذه الصعوبات أو العوائق أن تختفي إذا تم التصدي لهـا بروية وحزم وتوافر الإدارة الصادقة لمواجهتها (الأحمدي، 2000:314). **ومن أبرز هذه المعوقات:**

1. مشكلة طول الوقت الذي يتطلبه انجاز الأعمال عند استخدام نموذج إدارة الجودة الشاملة.
2. اللبس الذي يكتنف موضوعي التدريب وتقييم الأداء الفردي.
3. التغيير المستمر في القيادات الإدارية، مما يحول دون تمكنهم من السيطرة على برنامج الجودة الشاملة (العمارين، 21:2007).
4. الاهتمام بالشكل فقط، حيث تركز الإدارات على إدخال نظم ونماذج حديثة دون دراسة إمكانية التطبيق الفعلي لها (القحطاني، 15:1993).
5. عدم وجود إستراتيجية واضحة لإدارة الجودة الشاملة (الطعامنة، 85:2001).
6. ضعف الربط بين أهداف الجودة والعوائد المالية.
7. تبني برامج جودة ممتازة دون إجراء تعديلات عليها وبما ينـسجم وخـصائص المنظمة.
8. تشكيل فرق عمل كثيرة وعدم توفير الموارد والإدارة المطلوبة بما يكفل إنجـاح عملية التطبيق.
9. التركيز العالي على الفعاليات الداخلية للجودة والاهتمام بها لأهميتها فـي الأداء الرئيسي للجودة وإغفالها لحاجات الزبائن الخارجية ورغباتهم وتوقعاتهم (الحداد، 2009: 212).

الجودة الشاملة في المنظمات الصحية:

يجادل البعض بأن إدارة الجودة الشاملة حكرا على القطاع الخـاص، وذلـك لتوفير عنصر المنافسة عند تقديم الخدمة للمستفيدين، وأن معظم العاملين والمراقبين لأداء الحكومة مصابون بالإحباط بسبب سوء سمعتها فيما يتعلـق بـالجودة وعـدم الكفاءة التي يعيشونها يومياً.

الأمر الذي أدى إلى أن المنظمات العامة ومنها المستشفيات بحاجة إلى تبنـي الأساليب التي أثبتت فعاليتها في تحسين القطاع الخاص دون موافقة من البرلمان أو زيادة في الميزانية للعمل بطريقة أكثر براعة، ذلك أن أي مدير فـي أي مـستوى إداري من الممكن أن يطبقها في منظمته ومنها مدخل الإدارة الشاملة للاهتمام بجودة الخدمات التي تقدمها المستشفيات (مخيمر والطعامنه، 2003: 212).

هذه الجودة لا يمكن الحصول عليها تامة من خلال الانتظار حتى يتم عـلاج المريض، ولكنها يجب أن تتم قبل وأثناء وبعد أداء الخدمة، ذلـك أن مفهـوم إدارة الجودة الشاملة هي أقصى علاج ممكن في ضوء التقدم العلمـي والطبـي الـسائد. وهناك بعض المفاهيم المرتبطة في الجودة الشاملة في مجال الخدمة الصحية وهـي كالآتي (جاد الرب، 1996: 336):

1. إن هناك أمور قدرية بيد الله سبحانه وتعالى لا يمكن إغفالها في مجـال الطـب والعلاج، فقد ينتهي أجل المريض مع أن الطب يكون قد بذل كل ما بوسعه.
2. يؤكد مفهوم جودة الخدمات الصحية على وجود جودة عالية للخدمة الصحية منذ البداية من خلال التأكيد على أن مسؤولية جودة الخدمات تقع على عاتق كل فرد في المنظمة وليس على الطبيب فقط، ذلك أن المستشفى يتكـون مـن طبيـب وممرض وفني وإداري.
3. يجب أن تهتم المنظمات الصحية بالجوانب الرقابية والأساليب الإحصائية، فهـي هامة لاتخاذ القرارات الطبية الفعالة.
4. إن ما يؤكد صعوبة تطبيق الجودة الشاملة في مجال الخدمات الطبيـة هـو أن المريض ما ينب عنه الطبيب في تحديد حاجته من العلاج وإجـراء العمليـات الجراحية، فاحتياجات المريض هي الناتج النهائي بعد العـلاج أو الفحـص أو التشخيص ومدى رضاه عن هذه النتائج.
5. يجب أن يكون واضحاً لدى المعنيين بإدارة المنظمات الصحية أهمية أن فوائـد ومزايا تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة تفوق بكثير تكلفة هذا النظام خاصة في الأجل الطويل.
6. المستفيدون من الخدمة الصحية هم المرجعية لمعرفة مـستوى جـودة الخدمـة المقدمة لهم،مع ما يترتب على ذلك من المداومة على استطلاع آراء المستفيدين والعاملين بشأن تحديد دواعي جودة الخدمة.
7. إشراك وتفويض السلطة للموظفين (الطعامنة، 2001: 86).

أهمية إدارة الجودة الشاملة والتحسين في منظمات الرعاية الصحية:

يرجع الاهتمام بتحسين الخدمة في مجال الرعاية الصحية في الولايات المتحدة

الأمريكية إلى عام 1987، حيث يشير Godfrey عندما اجتمعت إحـدى وعـشرون منظمة من منظمات الرعاية الصحية مع عدد مماثل من خبراء الصناعة في مجـال الجودة في بوسطن الأمريكية ليعلنوا عن بداية البرنامج القومي لتحسين الجودة فـي الولايات المتحدة الأمريكية والذي سمي (مشروع تحسين الجودة للرعاية الـصحية الوطني).

وبعد تبادل الخبرات بينهم، قدم تقرير حول إمكانية تطبيق TQM فـي مجـال الرعاية الصحية، مما أدى إلى النجاح في إنشاء هيئة الاعتراف بالمنظمات التي تقدم الخـدمات الـصحية (Joint Commission for Accreditation Health Care Organizations (JCAHO)). والتي تعمل على التأكد من قيام المنظمـات الـصحية المختصة بالرعاية الصحية بتقديم الحد الأدنى من الجودة لتلك الخـدمات (ماضـي، 2005: 28).

لقد ظهرت إدارة الجودة الشاملة في المجـال الـصناعي عـام 1920 وتـم استخدامها في المجال الصحي في عام 1987 في الولايات المتحدة الأمريكية بنظام إداري استراتيجي متكامل يسعى لتحقيق رضي المريض من خلال مشاركة العاملين (ذياب، 218:2009).

ويشير برنان (Brannan) إلى أن الخمسة والعشرين عاما الأخيرة شهدت عدم رضا متلقي الخدمة في الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية عن ارتفـاع المضطرد في تكلفة الحصول على تلك الخدمة وعدم التناسب بين كلفـة ومـستوى الخدمة ، وارتفاع كلفة الأدوية والمعدات التكنولوجيا، مما أدى إلى تهديد اسـتمرار الدولة في تقديم هذه الخدمة للمواطنين. وقد أدى ذلك إلى تفكـر المستـشفيات فـي استخدام نظام TQM والذي يعرف في مجال الرعاية الصحية باصطلاحً التحـسين الدائم للجودة كوسيلة لتحسين الخدمة الصحية والسيطرة على تلك الزيادة المضطردة في تكلفتها بما يضمن حصول العميل على خدمة تتناسب مع المبالغ التي يدفعها ثمنا لهذه الخدمة (ماضي، 2005: 57, Charles, et, al., 1998: 57).

كما ويعد ضمان الوصول إلى مستويات عالية من جودة الرعاية الصحية أحد أهم المسؤوليات المباشرة لمقدمي خدمات الرعاية الصحية. وإن معظـم المنظمـات

الصحية تؤكد على أهمية تطبيق أسلوب إدارة الجودة والتحسين فيها وذلك من خلال ما توصلت إليه عندما تبنت هذا الأسلوب وهو الآتي (الطاهر، 2010: 236):

1. إن المنظمات راضية بدرجة أكبر عن جهود تحسين الجودة فيها.

2. هذا الأسلوب يحسن ارتباط الأطباء بالمنظمة التي يعملـون فيهـا (الدرادكـة، 2008: 256).

3. هذا الأسلوب له تأثير واضح في زيادة ربحية المنظمة وفي إنتاجيتها.

وله تأثير واضح في الاقتصاد في التكاليف (الأحمدي، 2009: 30، 31).

فإدارة الجودة الشاملة، كما عرفها معهد الجودة الفيدرالي الأمريكي بأنها "منهج تطبيقي شامل يهدف إلى تحقيق حاجات وتوقعات العميل حيث يتم استخدام الأساليب الكمية من اجل التحسين المستمر في العمليات والخدمات في المنظمـة". (الدرادكـه وآخرون, 2001: 15).

ويعرف (العلي، 301:2008) إدارة الجودة الشاملة بأنها المدخل الإداري الذي يقوي ويعزز الرضا لدى جميع الأطراف في أنظمة الرعاية الـصحية مـن خـلال الجهود المبذولة من كافة عناصر قوة العمل لغرض تحقيق التحـسينات المـستمرة والمساهمة القوية للإدارة العليا، وكذلك تمكين العاملين وتحسين وسائل الاتـصالات بينهم في تقديم خدمات الرعاية الصحية بصورة أفضل .

وإدارة الجودة الشاملة هي مجموعة مبادئ ومناهج منظمة في إطار إستراتيجية إجمالية موجهة إلى تحريك المؤسسات بغية الحصول على أحسن رضا للزبون بأقل تكلفة (إبراهيم، 44:2009).

وعرفها جيمس ريلي نائب رئيس معهد جوران للتدريب بأنهـا "تحـول فـي الطريقة التي تدار بها المنظمة والتي تتضمن تركيز طاقات المنظمة على التحسينات المستمرة لكل العمليات والوظائف" (الدرادكه وآخرون، 2001: 15).

سابقا، كانت تدار أعمال الجودة وأعمال تحسينها فـي المنظمـات الـصحية والمستشفيات من خلال تطبيق الإجراءات ،كالتأكد في مراجعة الرعاية المقدمة عن طريق النظراء. أما اليوم، فيتركز الاهتمام بدرجة اكبر على فهم العوامل التي تؤدي إلى تحسين التثبت في جودة الرعاية وذلك للارتقاء بمستوياتها على نحـو مـستمر

لمراقبة الجودة ووضع ضوابط لها كالاستعانة باللجان الطبيـة وغيرهـا (كـوش، 2002: 37). إن من أهم الأسباب الداعية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطـاع الصحي، هو قدرتها على تجنيب المنشآت الصحية التكلفـة المترتبـة علـى تقـديم الخدمات الصحية بجودة متدنية، وقدرتها علـى تحـسين الأداء المـالي وتخفـيض مصروفات الرعايـة الـصحية وتقليـل الأخطـاء وتحـسين العمليـات (العمـر، 314:2002).

جودة الخدمات الصحية:

إن الجودة وان طور الغرب أسسها الحديثة في عصرنا إلا أنها وليدة العهـود والعصور القديمة. ففي عام 2000 قبل الميلاد، يعود تاريخ الجودة إلى أول وأقـدم قوانين وضعها حمورابي تتعلق بتكاليف ورسوم الخدمات المقدمة للمريض، وقوانين خاصة متعلقة بالأخطاء الطبية (سنجق، 12:2010).

كما أكدت مجموعة كتب (ثون) وهي كتب الحضارة المصرية القديمـة التـي كانت تنص عن أن أي انحراف وتجاوز عن المعايير تعتبر جريمة. أما الإغريـق، فقد طالب أبو قراط تأدية يمين القسم لتقديم أفضل خدمة وأفـضل رعايـة صـحية للمرضى. أما الإسلام فقد كان الرائد الأول والأعظم في وضع الأسـس والمعـايير الصحيحة التي تؤكد على جودة العمل، وبناء مجتمع قوي، ووضع الثواب والجـزاء لمن يحسن ويتقن عمله (إبراهيم، 98:2009).

وفي عام 1815، وثق المسؤولين عن الكلية البريطانية بلندن فكرة أن من أهم مهام الكلية دعم مستوى الطب والاهتمام بجودة الخـدمات الـصحية التـي تقـدم للمرضى. وفي عام 1820 – 1910 كانت هناك ممرضة بريطانية تدعى (فلورنس نايتنجل) تشرف على تقديم الرعاية الصحية للمستشفيات العسكرية خلال حرب القرم فأعدت دراسة في الجودة لنوعية شاملة بما في ذلك النظافة، الصحة العامة، ووضع معايير للعمليات والإجراءات اليومية في المستشفى. وحتى عام 1915 قامت الكليـة البريطانية للجراحين بوضع برنامج لمعايير أداء المنشآت الصحية بغية التوصل إلى طريقة رسميـة لاعتماد المستشفيات، والتأكـد مـن جـودة الرعايـة الـصحية المقدمة للمرضى وتعتبـر هي بدايـة تطبيق الجودة فـي نطاق الـصحة بمعنـاه

الحديث (سنجق، 2010: 54).

ويشير دونابيديان الملقب بعميد الجودة إلى أن الجودة في الرعاية الصحية لها محورين: المحور الفني والذي يتضمن تطبيق العلم والتقنية الطبية الصحيحة في التشخيص والعلاج. والمحور الإنساني الذي هو تلبية الاحتياجات الإنسانية للمريض كل التعاطف والاحترام وتقديم المعلومات اللازمة له، وهو وسيلة التي يتم من خلالها تحقيق الجودة الفنية والتقنية للرعاية وتعرفها الهيئة المشتركة الأمريكية للمستشفيات كما ذكر سنوك (Snook) بأنها درجة تمكن الرعاية الصحية من زيادة احتمال تحقيق النتائج المرغوبة للمريض وتقليص احتمال حدوث النتائج غير المرغوبة، وذكر (DeGeyndt) بأنة وفقا للمنظور التقليدي فأن جودة الرعاية الصحية هي مطابقة المعايير والمواصفات المهنية، فهي التي تمارس وتدرس من قبل قادة مهنة الطب في فترة معينة من التطور الاجتماعي والثقافي والمهني في مجتمع معين، ويشير(Snook) وبنفس المصدر بأن الجمعية الأمريكية للطب الباطني تعرفها على أنها: درجة تمكن الرعاية الصحية من تلبية جميع احتياجات المريض على أن تكون هذه الرعاية سهلة المنال، منخفضة التكاليف وموثقة جيدا (الأحمدي، 412:2000).

وترى منظمة الصحة العالمية كما يشير لها اخضر بأنها التوافق مع المعايير والأداء السليم بأسلوب آمن ومقبول من المجتمع، وبتكلفة مقبولة بهدف تقليل نسبة المرضى ونسبة الوفيات والإعاقة وسوء التغذية (العمر، 311:2002).

إن المفهوم الحديث لجودة الخدمات الصحية هي مجموعة من الصفات والخصائص والمعايير والتي يجب أن تتوافر في الخدمة وبما يتطابق مع ما يلبي الرغبات وتفضيلات الزبون (الصيرفي، 18:2006).

تولي الدول الحديثة أهمية فائقة لموضوع الصحة والرعاية الصحية لمواطنيها، وقد جاء هذا الاهتمام نتيجة لعنصرين أساسيين ظهرا في المجتمعات الحديثة وهما:

1. اعتراف الدول الحديثة بالصحة وخدمات الرعاية الصحية كحق أساسي لكل مواطن وتبنيها لذلك عملياً حيث نصت على ذلك الحق صراحة في دساتيرها كالتزام سياسي أمام مواطنيها بتوفير خدمات الرعاية الصحية للجميع وبشكل

عادل ومتوازن نتيجة الاتجاه الفكري والحضاري الذي يؤكـد علـى توفيرهـا والانتفاع بها من قبل كافة الأفراد في المجتمع. وقد ترافق هذا مع ظهور الدور الاجتماعي للدولة الحديثة كدولة خدمات ورفاه اجتمـاعي (المطالقـة، 2007: 29).

2. رسوخ القناعة الأكيدة لدى الأفراد والمسؤولين بالارتباط القوي بين صحة الفرد والرفاه العام للمجتمع، فهنالك علاقة وترابط قوي بين صـحة الفـرد وصـحة المجتمع كل، يعتمد ويؤثر كل منهما على الآخر، فتمتع الفرد بصحة جيدة يزيد من إنتاجيته ومقدار مساهمته في تحقيق أهداف التنمية الشاملة. ولهـذا أدركـت الدول الحديثة أهمية التنمية الصحية كمتطلب سابق وأساسـي لتحقيـق التنميـة الاقتصادية والاجتماعية المنشودة (ذياب، 32:2009).

من ذلك نجد أن الجودة الصحية تهدف إلى تقديم خدمات صحية أكثـر كفـاءةً وأماناً، وأسهل منالاً، وأكثر إقناعاً للمرضى وبما يحقـق الرضـا عنهـا (سـيف، 24:2009).

وقد عرفت الجودة بأنها الجودة في تطبيق العلوم والتقنيات الطبيـة بأسـلوب يحقق أقصى استفادة للصحة العامة دون زيادة التعرض للمخاطرة (الـديوه جـي ، 15:2003).

ونلاحظ من ذلك أن التعاريف تتباين لكنها تدور على عدة محاور، أهمها:

1. طالب الخدمة أو السلعة هو المستفيد الأول من الجودة.

2. الجودة هي عملية تطوير وتحسين للعمليات والإجراءات والتصاميم.

3. هدف الجودة هو تلبية حاجات ورغبات المستفيد وكسب رضاه.

4. إن جودة حياة العمل هي القاعدة لجودة الخدمات والسلع المقدمة.

5. نتيجة الجودة سلع وخدمات متميزة.

6. الجودة هي إستراتيجية وهدف وميزة تنافـسية لأغلـب المنظمـات (الـدليمي، 44:2005).

ويختلف تعريف جودة الرعاية الصحية بين مقدمي ومتلقي الخدمات الصحية، وقد عرفها أصحاب العمل بأنها القيمة النقدية المتحصلة مـن رعايـة المرضـى،

وعرفها مقدمو الخدمات الصحية، بأنها خروج المريض من المستشفى خالياً من الأمراض، ويمكن لمتلقي الخدمة أن يعدها ممثلة لمظهر المستشفى ونظافة الغرف ومدى استجابة العاملين لرغباته وتوافي الأجهزة الطبية الحديثة وتحسين حالته الصحية (سيف، 25:2009). وإنها درجة تحقيق احتياجات وتوقعات المرضى (Bryan, et, al., 2006: 310).

وعززت الوكالة الأمريكية للأبحاث والسياسات الصحية تعريف جودة الرعاية الصحية على أنها (Brown, 2005: 1):

1. تقديم الرعاية الطبية الصحيحة للمريض الصحيح وبطريقة صحيحة.
2. توافر خدمات الرعاية الصحية للمرضى عند حاجتهم لها وتقديم المعلومات الدقيقة للمرضى حول حالتهم الصحية، وقدرتهم على المشاركة في التخطيط للعلاج، ومعرفة مخاطر الحالة المرضية وفوائد العلاج المقترح، وتقديم خدمات الرعاية الصحية الآمنة وبطريقة تحميهم من المخاطر.
3. حصول المرضى على خدمات الرعاية الصحية ضمن إطار من الاحترام لحقوق المرضى والعاملين.

وتعرفها الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية بأنها "درجة الالتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة" (مخيمر والطعامنة، 2003: 187) .

ويمكن تعريف جودة الخدمة الصحية بأنها أسلوب أو منهج تتبعه إدارة منظمة الرعاية الصحية للتحقق من حسن إتقان العمل المؤدى، من مختلف جوانبه: الفنية (حسن التدبير التقني للرعاية الطبية) والسلوكية (حسن التفاعل بين مقدم الخدمة والمستفيد منها) والمالية (تقديم الخدمة بأقل التكاليف الممكنة)، واتخاذ ما يلزم من تدابير وإجراءات من أجل النهوض به على نحو مستمر (الاحمدي، 2009 : 128).

وعليه ستعرف هذه الدراسة جودة الخدمات الصحية بأنها "أسلوب أو منهج يتمتع بعدد من الخصائص أو الصفات تتبعه إدارة المستشفيات للتحقق من حسن إتقان العمل المؤدى في مختلف جوانبه: الفنية (حسن التدبير التقني للخدمات

الصحية) والسلوكية (حسن التفاعل بين مقدم الخدمة والمستفيدين منها) والمالية (تقديم الخدمة بأقل التكاليف الممكنة) وبما يلبي حاجات المستفيدين منها وعلى النحو الذي يتطابق مع توقعاتهم ويحقق رضاهم التام عن الخدمات المقدمة لهم وملائمة العلاج والرعاية المقدمين لمختلف الحالات المرضية بما يحقق أفضل النتائج السريرية ويؤمن بيئة آمنة تحافظ على سلامة المريض وبأفضل استخدام للموارد المستهدفة للارتقاء بمستويات تحسين سلامة المريض الصحية و النهوض بها على نحو مستمر".

أبعاد جودة الخدمات الصحية:

تعتبر الجودة أساس التميز والتطور في تقديم الخدمات بشكل عام والخدمات الصحية بشكل خاص وذلك لتلبية رغبة المتعاملين في الحصول على خدمة صحية تتماشى مع احتياجاتهم بل وتتجاوز توقعاتهم وتستحوذ على ثقتهم في كافة مراحل تقديم الخدمة (الإستراتيجية الصحية الوطنية الأردنية، 2008-2012 :57 -65).

إن الخدمة تختلف عن السلعة في خصائصها كونها نشاط غير ملموس، وغير قابلة للمعايرة ومتغيرة بشكل عالي، ومن المستحيل تخزينها فهي تتلاشى كونها تنتج وتستهلك في آن واحد ومباشرة، الأمر الذي يجعل تقديم الخدمة بجودة عالية نقطة حرجة لنجاح المؤسسة أو فشلها (العجارمة، 2005 : 22).

ويتفق العديد من الكتاب في أن لجودة الخدمة عشرة أبعاد وهي: الاعتمادية، الاستجابة، الجدارة، الوصول للخدمة، المصداقية، الأمان، الاتصال، درجة فهم الخدمة للمستفيد، التعاطف والأشياء الملموسة(كوش، 2002: 483) (العجارمة، 2005: 332)، (ماضي، 2005: 18)، (المحياوي، 2006: 95،94)، (العلي، 2008: 309)، (الحداد، 2009: 23)، و(زيدان، 2010: 209).

وقد أمكن في عام 1988 (Parasuaman et, al.,1988) دمج تلك الأبعاد في خمسة فقط هي الجانب الملموس (المادي)، الاعتمادية، الاستجابة، التعاطف، الأمان (الشميمري، 2001: 274). وقد رأى كوتلر بأن الأهمية النسبية لهذة الأبعاد للحكم على جودة الخدمة هي كالآتي: الاعتمادية 32%، الاستجابة 22%، الأمان 19%، التعاطف 16%، والجانب الملموس (المادي) 11% (Kotler, 1997: 478) وهذه

الأبعاد هي كالآتي (المحياوي، 2006 : 95):

1. **الاعتمادية**: هي القدرة على تقديم الخدمة في وقت محدد وبالدقة المطلوبة ومدى وفاء المنظمة بالتزامها (Denton, 1996: 39).
2. **الاستجابة**: هي القدرة على التعامل الفعال مع الشكاوي والمقترحات والمبـادرة في تقديم الخدمة بصدر رحب.
3. **الأمان**: هو الاطمئنان بأن الخدمة تخلو من الخطأ أو الخطر أو الـشك شـاملاً الاطمئنان النفسي والمادي (Heuer, 2002: 17).
4. **التعاطف**: وتتضمن الدماثة أو الأدب والاحترام، التقدير، والصداقة التي يبـديها العاملون الذين تتطلب أعمالهم الاتصال بالزبائن مثـل العـاملين فـي أقـسام الاستقبال أو الذين يردون على الاتصالات الهاتفية.
5. **الجوانب الملموسة**: والتي تتعلق بالخدمة مثل التجهيزات اللازمة لتقديم الخدمة كالمبنى والتقنيات الحديثة المستخدمة ومظهر وتنظيم الموظفين (عبوي، 2006: 101).

أهداف جودة الخدمات الصحية:

تسعى المنظمات الصحية لتقديم الخدمات الصحية وبأعلى جودة وذلك تحقيقـاً للعديد من الأهداف وهي كالآتي (الأحمدي، 128:2009):

1. تلبية منظمات الرعاية الصحية لرغبات المستفيدين منها، علـى النحـو الـذي يتطابق مع توقعاتهم ويحقق رضاهم التام عن الخدمات المقدمة إليهم.
2. ملائمة العلاج والرعاية المقدمين لمختلف الحالات المرضية.
3. تحقيق أفضل النتائج السريرية لمختلف الحالات المرضية.
4. ضمان الاستخدام المناسب للموارد المستخدمة (العنزي، 2007: 53).
5. تأمين أساليب الرعاية التي تتناسب مع ظروف المستفيدين من خدمات الرعايـة المقدمة.
6. تبني العاملين لأشكال السلوك الإيجابي عند تعاملهم مع المرضى، علـى النحـو الذي يحفظ لهم كرامتهم الفردية، والعمل على إشراكهم فـي خطـط الرعايـة المرسومة لهم من قبل أطبائهم المعالجين. (المحياوي، 38:2006).

7. اعتماد الإجراءات السريرية المتميزة، للحد من المضاعفات، والأحـداث التـي يمكن تحاشيها، أو الوقاية منها (أوزجان، 2008: 13).

قياس جودة الخدمات:

ظهرت عدة محاولات لعدد من الباحثين والمهتمين بموضـوع قيـاس جـودة الخدمة ومن أهم هذه المحاولات:

قياس جودة الخدمة من منظور الزبون: ويشمل هذا الاتجاه عدة مقاييس منها قياس عدد الشكاوي المقدمة من قبل الزبون خلال فترة زمنية، وتبين هذه الـشكاوي عدم تناسب الخدمة المقدمة لهم مع المستوى الذي يطمحون إلى بلوغه، ومقياس أخر وهو قياس رضا الزبون وخاصة بعد حصوله على الخدمات، ومقياس الفجوة الـذي يعتمد على توقعات الزبون لمستوى الخدمة وإدراكه لمستوى أداء الخدمـة المقدمـة بالفعل، ومن ثم التحديد بين التوقعات والإدراكـات باسـتخدام الفجـوات المختلفـة (ساعاتي، 20:1998).

قياس الجودة المهنية: ويمثل قياس الجودة من منظور مقدميها ويكـون ذلـك بدلالة المدخلات، والعمليات المطلوبة لانجاز الخدمة، والنتـائج المتمثلـة بالخدمـة بصورتها النهائية، المقدمة للزبون، وهذا يتم من خلال الأداء المقارن، أو الأسـئلة الموجهة للعاملين (سيفر, 76:2007).

قياس الجودة من المنظور الشامل الكلي: أي من وجهة نظر الزبون، ومقدمي الخدمة لكي يتسنى للمنظمة من تقويمها وإجراء برامج تحسين الجودة وبشكل مستمر للخدمة المقدمة (المحياوي، 2006: 107).

2.2 الدراسات السابقة:

1.2.2 الدراسات العربية:

قام (سيف، 2009) بدراسة بعنوان "اثر تطبيق معايير إدارة الجودة الـشاملة في المستشفيات الحكومية الأردنية من وجهة نظر الأطباء والممرضين" هدفت إلـى البحث في أثر تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية الأردنية المشاركة في برنامج الاعتماد الأردني لجودة الرعاية الصحية للعـام (2004) مـن

وجهة نظر الأطباء والممرضين للأعوام (2004-2008) كأداة لقياس أثر تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة في أداء المستشفيات، أجريت الدراسة في ثمانية من المستشفيات الأردنية المطبقة لبرنامج الاعتماد الأردنية وجمعت بيانات الدراسة عن طريق الاستبانة حيث كان حجم عينة الدراسة (462) والتي تشكل 20% من مجتمع الدراسة، وتوصلت الدراسة إلى ضرورة اعتماد معايير إدارة الجودة الشاملة كمنهج إداري متكامل في المستشفيات وجعل الجودة هدفا استراتيجيا وصولا لتحقيق الأداء المتميز.

جاءت دراسة (محارمة، 2008) بعنوان "تصورات موظفي الأجهزة الحكومية القطرية لمدى توافر متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة (دراسة ميدانية)". وقد هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن تصورات الموظفين القطريين العاملين في الأجهزة الحكومية القطرية لمدى توافر متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الأجهزة التي يعملون بها، وتصوراتهم للمتطلبات الأكثر توافراً وتطبيقاً من جهة، والأقل توافراً وتطبيقاً من جهة أخرى. تم تطبيق استبيان لغايات البحث تم توزيعه على عينة عشوائية بسيطة، بلغ عدد الاستبيانات المسترجعة والمعتمدة لغايات التحليل الإحصائي (SPSS) بعدد (266) مفردا. وقد كشفت النتائج عن توافر متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة بدرجة متوسطة (61%)، كما تبين تفاوت درجة توافر متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة وكان متطلب المشاركة وفرق العمل الجماعي هو الأكثر توافراً وتطبيقاً، وإن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في تصورات الموظفين لمدى توافر متطلبات إدارة الجودة الشاملة بشكل عام لمتغيري المؤهل العلمي والمستوى الوظيفي، في حين لم تكن الفروق دالة إحصائياً بالنسبة لمتغير مستوى الخبرة.

دراسة (نصيرات، 2007) "دراسة استطلاعية لأراء الإداريين في بعض مستشفيات القطاع الخاص في منطقة العاصمة عمان/الأردن". وقد هدفت الدراسة إلى تحديد ما إذا كانت هنالك اختلافات ذات دلالة بين المستشفيات المدروسة بالنسبة لتطبيق عناصر الجودة الشاملة، وذلك عند أخذ هذه العناصر مجتمعة ومنفردة. وكذلك تحديد ما إذا كان هنالك اختلافات ذات دلالة في مؤشرات الأداء بين هذه

المستشفيات، وتحليل العلاقة بين تطبيق عناصر الجودة الشاملة (مجتمعة ومنفـردة) وبين الأداء التنظيمي لهذه المستشفيات، لمعرفة ما إذا نجحت جهود تطبيق الجـودة الشاملة في تحقيق النتائج المرغوب بها ومن ثم تحديد أهم عناصر الجودة الـشاملة المؤثرة في الأداء ولتحقيق أهداف الدراسة تم دراسة تسعة مستشفيات فـي منطقـة العاصمة وتم تطوير أداة الدراسة واختبار درجة ثباتها بكرونباخ ألفا وبلغ مجمـوع الإداريين في المستشفيات المدروسة (الإدارة العليا والوسطى) 320 فرداً، تم توزيع استبانه الدراسة عليهم، وتم استعادة (250) استبانه صالحة للتحليـل وكانـت أهـم النتائج هي أن هنالك اختلافات ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات المدروسة فـي تطبيق عناصر الجودة الشاملة وفي مؤشرات الأداء، وقد وجدت هذه الاختلافات عند تحليل العناصر مجتمعة ومنفردة لكافة العناصر باستثناء عنصر تمكين العاملين، وإن هنالك علاقات ذات دلالة إحصائية بين جهود تطبيق الجـودة الـشاملة ومؤشـرات الأداء التنظيمي.

دراسة (الخشالي، 2006) بعنوان "إدارة الجودة الشاملة في البنوك التجاريـة الأردنية: دراسة تحليلية مقارنة في البنك العربي وبنك الإسكان للتجارة والتمويـل". وقد هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستويات تطبيـق مبـادئ إدارة الجـودة الشاملة في البنك العربي وبنك الإسكان للتجارة والتمويل. ولهذا الغرض فقـد تـم استخدام استبانه تم توزيعها على عينة مكونة من (306) عامل، تم اختيارهم بـشكل عشوائي من البنك العربي، وعينة أخرى من بنك الإسكان للتجارة والتمويل مكونة من (294) عامل. ومن أبرز النتائج التي توصلت إليها الدراسة، بأن هنالك بعـض الاختلافات النسبية في مستوى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في البنك العربـي مقارنة ببنك الإسكان للتجارة والتمويل، إذ كانت المبادئ (التحسين المـستمر، إدارة المعلومات، دعم الإدارة العليا) في بنك الإسكان للتجارة والتمويل أعلى مما هي عليه في البنك العربي، وكان المبدأ الرابع التركيز على الزبون له مستوى تطبيـق فـي البنك العربي أعلى منه مقارنة في بنك الإسكان للتجارة والتمويل، وإن هنالك علاقة ارتباط إيجابية ذات دلالة إحصائية بين مبادئ إدارة الجودة الشاملة في البنكين كـلاً على انفراد وأوصى الباحث بضرورة رفع مستوى تطبيـق مفهـوم إدارة الجـودة

الشاملة في كلا البنكين.

دراسة (البرغوثي، 2006) بعنوان "واقع إدارة الجودة الشاملة في قطاع الصناعات الدوائية الفلسطينية: دراسة تحليلية لوجهة نظر المديرين". وقد هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في هذا القطاع من وجهة نظر المديرين. وقد تم جمع البيانات بأسلوب مسحي يعتمد على استبانه الدراسة واشتملت على 133 عبارة، ترتبط بالجوانب المختلفة لإدارة الجودة الشاملة وبكل عنصر من عناصر إدارة الجودة الشاملة وقد كانت عينة المنشآت تتكون من 36 مديراً من خمسة منشآت تعمل في الضفة الغربية، ومن أهم النتائج لهذه الدراسة، إن قطاع الصناعات الدوائية يطبق مفاهيم إدارة الجودة الشاملة بنسبة 79.5% وذلك لعمل هذه المنشآت جادة لتحقيق أساليب التصنيع الجيد، وأوصت هذه الدراسة بضرورة تركيز المنشآت على البدء بتطبيق عناصر إدارة الجودة الشاملة والتي ستدعم جهودها المبذولة لفتح أسواق جديدة في الخارج.

أجرى (التميمي، 2006) دراسة بعنوان "إدارة الجودة الشاملة وأثرها على الأداء الوظيفي للعاملين: دراسة ميدانية في عينة من البنوك التجارية الأردنية" حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستويات تطبيق إبعاد إدارة الجودة الشاملة (دعم الإدارة العليا، التحسين المستمر للخدمات، الاعتماد على إدارة المعلومات عند اتخاذ القرارات، تركيز الجهد على تلبية حاجات ورغبات الزبائن) في الأداء الوظيفي للعاملين وبتطبيق ذلك على عينة مكونة من (586) عامل في خمسة بنوك تجارية ذات السوقية الأعلى للسهم، توصلت الدراسة إلى أن هذه البنوك تطبق إدارة الجودة الشاملة بكافة أبعادها بمستوى مرتفع وان لجميع أبعاد إدارة الجودة الشاملة تأثير معنوي في الأداء الوظيفي للعاملين وخصوصاً التحسين المستمر للخدمات حيث كان له التأثير الأكبر مقارنة بالأبعاد الأخرى.

دراسة (المري والسالم، 2005) بعنوان "مدى تطبيق ركائز إدارة الجودة الشاملة في الشركات الصناعية الصغيرة في دولة قطر". وقد هدفت الدراسة إلى تشخيص واقع تطبيق ركائز إدارة الجودة الشاملة في الشركات الصناعية الصغيرة في دولة قطر. وقد اختيرت عينة عشوائية من المديرين من (65) شركة صناعية،

وتم توزيع (65) استمارة عليهم، استرجع منها (60) استبانه صالحة للتحليل، أي ما يعادل (21.7) من أصل المجتمع، وهي نسبة مقبولة إحصائياً لأغـراض التحليـل باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS). وقد أظهرت النتـائج فـي الدراسة أن جميع ركائز إدارة الجودة الشاملة بمعدل تجاوز الوسط الفرضـي (3). الأمر الذي يعكس توجهاً إيجابياً في إطار ممارسة الشركات لركـائز إدارة الجـودة الشاملة، وإن أكثر المرتكزات ممارسة هي الإدارة وتخطيطها الاستراتيجي، وأقـل المرتكزات تطبيقاً هو الخاص بتدريب العاملين، حيث أن بعض الشركات لا تبـدي اهتماماً كبيراً بتدريب العاملين ولا تهتم بنشره بين جميع المستويات الإدارية بـرغم أن تدريب العاملين يشكل مرتكزاً أساسياً لإدارة الجودة الـشاملة، وكلمـا أحـسنت الإدارة هذا المرتكز، ساهمت في تجاوز التحسين المستمر للـسلع التـي تنتجهـا، وواكبت في الوقت نفسه حاجات المستهلك.

دراسة (الدليمي، 2005) بعنوان "التفكير بإعادة هندسة الأعمال وأثره علـى جودة الخدمات الصحية". وقد جاءت الدراسة لتوضح العلاقة وتبين الأثر بين بعـد إعادة هندسة أعمال المستشفيات وبين بعد جـودة الخـدمات الـصحية، واعتمـدت الدراسة مستشفى السلام العام ومستشفى الخنساء في العراق مجالاً للتطبيق الميداني، وقد تم اختيار عينة عشوائية من العاملين بلغ عددها (90) اسـتبانه مـن مجتمـع (1338) عامل وتم استرجاع (80) استبانه تم توزيعها على الأقسام الإدارية والفنية والطبية والهندسية، وتم اختبار نموذج الدراسة باستخدام الأساليب الإحصائية وقـد توصلت إلى أهم النتائج الآتية: حيث اتضح أن التكنولوجيا تؤثر معنوياً وبشكل كبير على جودة الخدمات الصحية، وإن بعد الموارد البشرية المدعومة ماديـاً ومعنويـاً والمؤهلة والمدربة بشكل جيد قادر على تقديم الخدمات الصحية على الوجه الأكمل.

دراسة (الطراونه، 2002) بعنوان "الجودة الشاملة والقدرة التنافسية: دراسـة تطبيقية على قطاع الصناعات الدوائية في الأردن". وقد هدفت هذه الدراسـة إلـى التعرف على واقع الجودة الشاملة في شركات الـصناعات الدوائيـة فـي الأردن، ومعرفة السياسات التنافسية التي تستخدمها هذه الشركات، ودراسـة العلاقـة بـين الجودة الشاملة والسياسات التنافسية، والعلاقة بين الجودة الشاملة والقدرة التنافـسية.

وبتطبيق ذلك على الشركات الدوائية المسجلة حتى نهاية عام 1994، والتي تتوافر لديها بيانات مالية لسنوات (1995- 1999) والبالغ عددها عشر شركات، تم التوصل إلى أن هذه الشركات تطبق الجودة الشاملة بنسبة متوسطة، وتطبق السياسات التنافسية بنسبة متوسطة، وأظهرت الدراسة وجود علاقات معنوية بين الجودة الشاملة ومعظم السياسات التنافسية.

دراسة (العمر، 2002) بعنوان "مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في مستشفيات مدينة الرياض من وجهة نظر ممارسي مهنة التمريض". وقد هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مبادئ إدارة الجودة الشاملة المطبقة في المستشفيات السعودية بمدينة الرياض، ومدى تطبيق هذه المبادئ بشكل عام في المستشفيات والتعرف على الفروق بين القطاعات المختلفة في مدى تطبيق هذه المبادئ ، وأي من هذه المبادئ الأكثر تأثيراً على هذه المستشفيات. وقد أجريت الدراسة في مستشفيات مدينة الرياض التي تقدم الخدمات الصحية والتي لديها إدارات أو أقسام متعلقة بإدارة الجودة الشاملة، وشملت مستشفيات تخصصية حكومية، وتعليمية وعسكرية، وخاصة، وقد تالف مجتمع الدراسة (5110) من الممرضين والممرضات الذين هم اقرب وأكثر التصاقاً بتطبيق برامج إدارة الجودة الشاملة وقد تم اختيار عينة عشوائية بسيطة تبلغ (384)، وقد توصلت الدراسة إلى أن مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة بشكل عام في المستشفيات التعليمية من وجهة نظر الممرضين والممرضات العاملين فيها يقل بشكل جوهري عنة في المستشفيات الأخرى، وأن مدى تطبيق هذه المبادئ مرتبط بشكل جوهري عند التحسين المستمر ثم إدارة المعلومات ثم التركيز ورعاية العميل (المريض).

دراسة (الطعامنه، 2001) بعنوان "إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي: حالة وزارة الصحة". وقد هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى الوعي بمفهوم إدارة الجودة الشاملة للعاملين في الأردن في وزارة الصحة إضافة إلى مستوى ممارسة وتطبيق عناصر إدارة الجودة الشاملة والوقوف على المعوقات التي تحول دون تطبيقها، كما هدفت الدراسة إلى التعرف على وجود فروقات ذات دلالة إحصائية في إجابات المبحوثين نحو مستوى ممارسة وتطبيق عناصر الجودة الشاملة

تعزى للمتغيرات الشخصية المتمثلة بالجنس والمؤهل العلمي والمستوى الـوظيفي، وتم اختيار عينة طبقية عشوائية تمثل كافة الوحدات الصحية من شاغلي الوظـائف الإشرافية. وتطوير استبانه مكونة من (41) فقرة وزعت على تلـك العينـة وتـم استرجاع (300) استبانه، أي ما تشكل نسبته (86%) من مجموع عدد الاستبانات، وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية: هناك مستوى متوسط من الوعي بمفهوم إدارة الجودة الشاملة لدى العاملين في وزارة الصحة وإن ممارسة وتطبيق عناصـر إدارة الجودة الشاملة كانت بدرجة متوسطة، وإن هناك عدد من المعوقات مثـل مقاومـة العاملين، قلة التدريب، عدم الالتزام بروح الفريق، قلة مشاركة العاملين وعدم وجود معايير لقياس الجودة، وإن هنالك فروق ذات دلالة إحصائية حول ممارسة وتطبيـق عناصر إدارة الجودة الشاملة تعزى لمتغير المستوى التنظيمي.

وقامت (الأحمدي، 2000) بدراسة بعنوان "التحسين المستمر للجودة: المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية" حيث سعت الدراسة إلى تقديم منهج تطبيقـي لمفهوم التحسين المستمر للجودة يركز على كيفية تطبيقه على جميع جوانب نـشاط المنظمات الصحية، وبخاصة الإكلينيكية فيها من خلال إلقاء الضوء علـى مفهـوم التحسين المستمر والفوائد التي حققتها المنظمات الصحية بتطبيقه، والتعـرف علـى العوائق التي تحد من نجاح تطبيقه في هذه المنظمات، واتضح أنها ناتجة في معظـم الأحوال عن اختلاف بيئة وثقافة وطبيعة ونشاط هذه المنظمات عن المنظمات التـي نشأ فيها هذا المفهوم مثل عدم التزام القيادات وعدم توافر القناعـة لـدى مقـدمي الرعاية بجدوى مجهودات التحسين وبذلك ركز المنهج المقترح على الدور المشترك للقيادات الإدارية والطبية في توجيه ودعم عملية التحسين، والمشاركة الفعالة للهيئة الطبية في جميع مراحل عملية التحسين.

2.2.2 الدراسات الأجنبية:

دراسة ألكسندر وآخرون (Alexander, et ,al., 2007) بعنوان: Does Quality Improves Implementation Affect Hospital Quality of Care، (هل إن تطبيـق الجودة يحسن من جودة الرعاية في المستشفيات).

هدفت هذه الدراسة إلى بحث العلاقة بين تطبيق المستشفيات لمعايير الجـودة وكفاءة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى، تم إرسال (615) استبانه إلى مـديري المستشفيات في الولايات المتحدة الأمريكية، وتمثلت الجودة بمتغيرات جودة أنظمـة المعلومات، بتطبيق برامج التحسين المستمر في المستشفى والإشراف عليه بواسطة لجنة الجودة في المستشفى، ونشر ثقافة الجودة، وبتشجيع العمل بروح الفريق. وتـم قياس فاعلية المستشفيات بواسطة: معدل الوفيات في المستشفيات وسلامة المرضى، وقد استخدمت الدراسة أدوات الانحدار لدراسة العلاقة بـين المتغيـرات المـستقلة والتابعة، وأظهرت النتائج على أن هنالك علاقة إيجابية بين تطبيق معـايير جـودة الرعاية الطبية وانخفاض نسبة الوفيات ونسبة الإصابة بعدوى المستشفيات.

دراسة منظمـة الـصحة العالميـة (WHO, 2007) بعنـوان: (What is the Evidence About Hospital Quality Strategic?)، (ما هو الدليل حول إستراتيجية جودة المستشفى؟).

هدفت الدراسة للبحث فـي الاسـتراتيجيات المتبعـة لتطبيـق الجـودة فـي المستشفيات، وفحص أثر تطبيق مكونا تحليل المعلومات وتأمين المـوارد والهيكـل التنظيمي والقيادة والمشاركة في برنامج الاعتماد الأمريكي على الأداء. وقد تكونت العينة من (67) مستشفى أمريكـي يتبنـى تطبيـق إدارة الجـودة الـشاملة وأداء المستشفيات، وبعد مرور عامين من تطبيق الجودة الـشاملة أظهـرت النتـائج أن مخرجات العاملين قد تحسنت بنسبة (91%) من المستشفيات المشاركة.

قام بريان وآخرون (Bryan, et, al., 2006) بدراسة عنوانها تطبيق التحـسين للجـودة وأداء المستـشفيات علـى مؤشـرات الجـودة (Quality Improvement Implementation and Hospital Performance on Quality indicators). هـدفت الدراسة إلى البحث ومعرفة مدى تطبيـق وتبنـي التحـسين للجـودة علـى أداء المستشفيات من خلال تطبيق معايير التحسين للجودة كمعيار القيادة والتـزام الإدارة العليا والتوجيه وتعليم وتدريب الكادر الطبي وخصوصاً العاملين، وإدارة المعلومات (السجلات الطبية، وتطوير أنظمة القياس، وتطوير تنمية الموارد البشرية ونشر ثقافة الجودة بالكفاءة المقدمة في المستشفى إلى المرضى، وأثـر الجـودة علـى أنظمـة

السلامة، وعدد الوفيات الخام، والكفاءة الطبية، ونسبة حدوث المضاعفات عند معالجة المرضى. ولقد توصلت الدراسة إلى أن عمليات الجمع والتحليل المستمر للتحسين، ودعم وتنمية روح الفريق واعتماد الأساليب العلمية الحديثة كلها عوامل تدعم عملية النجاح في تطبيق معايير التحسين للجودة وأن هنالك علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين تبني التحسين للجودة وأداء المستشفيات الخاصة للدراسة.

دراسة واكنر وآخرون (Wagner, et, al., 2006) بعنوان: (The Implementation of Quality Management Systems in Hospitals: a Comparison Between Three Countries)، (تطبيق أنظمة إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات: دراسة مقارنة بين ثلاثة دول).

هدفت الدراسة إلى إجراء عملية مقارنة وتقييم لمدى تطبيق الجودة الشاملة في ثلاث دول أوروبية هي فنلندا وبلغاريا وهولندا، والبحث في العوامل المؤثرة في تطبيق هذا البرنامج. تكون مجتمع الدراسة من مجموع المستشفيات في الدول الثلاث، واستخدمت الاستبانة كأداة لجمع البيانات، وكان عدد المستجيبين هو (101) عاملاً من هولندا، (59) من فنلندا، (116) عاملاً من دولة هنغاريا، حيث استمرت فترة البحث خلال الأعوام (1999- 2000). لقد أظهرت نتائج الدراسة بأن عملية تطبيق معايير الجودة الشاملة للرعاية الصحية هي طوعية وليست إجبارية، وقد كانت المستشفيات في بلغاريا مازالت في المراحل التحضيرية من التطبيق، وفي فنلندا فإن نسبة تطبيقها كاملة وهي (80%)، أما في المستشفيات الهولندية فكانت تطبق المعايير الوطنية للجودة بنسبة (90%). وخلصت الدراسة بعدة توصيات منها ضرورة إلزام المستشفيات بتطبيق المعايير، وزيادة العناية بالمرضى والعاملين، وضرورة إشراك العاملين في عمليات التخطيط والتنفيذ.

دراسة مسينا (Messina, 2005) بعنوان (The Effect of Patient Satisfaction on Inpatient Volume Growth in Teaching VS. Non-teaching Hospitals in New Jersey.)، (مدى تأثير رضا المريض (المراجع) وتزايد عدد المرضى (المراجعين) في المستشفى التعليمي والمستشفى غير التعليمي في ولاية نيوجرسي الأمريكية).

تناولت هذه الدراسة تحليل العلاقة بين رضا المراجعين (كمتغير مستقل) وعدد

المراجعين في المستشفى التعليمي وغير التعليمي، تكونت عينة الدراسة من (14) مستشفى تعليمي وغير تعليمي بولاية نيوجرسي الأمريكية، وذلك خلال العام (2001). وقد أظهرت نتائج الدراسة بأن درجة الرضا في المستشفيات غير التعليمية كانت أحسن من المستشفيات التعليمية، وبينت وجود علاقة ارتباط موجبة بين درجة الرضا وعدد المراجعين، وأوصت الدراسة بضرورة قيام المستشفيات التعليمية بإعادة عملية التقييم لدرجة رضا المريض وذلك لزيادة فاعلية المستشفيات.

دراسة فوس وآخرون (Voss, et, al., 2004) بعنوان: (a Table of Tow Countries, Conservatism, Service Quality and Feed Back on Customer Satisfaction)، (جدول لدولتين، مع المحافظة على القديم، وخدمات الجودة وأثرها على رضا متلقين الخدمة).

هدفت الدراسة إلى تحليل العلاقة بين تطبيق الجودة الشاملة ودرجة رضا متلقي الخدمة في دولتي الولايات المتحدة الأمريكية وبريطانيا وتأثير الثقافة كمتغير وسيط. وتم جمع البيانات من خلال تجميع نتائج الدراسات المسحية التي أجريت سابقاً في كلا البلدين لقياس العلاقة بين تطبيق الجودة الشاملة ورضا متلقي الخدمة. وقد أظهرت نتائج الدراسة على وجود علاقة إيجابية بين تطبيق الجودة الشاملة ورضا المريض.

دراسة ستاكلن (Sitakalin, 2003) بعنوان: (Maintaining Quality Services in Thai Accredited Hospitals in a Climate of Economic Uncertainty)، (إدامة خدمات الجودة الشاملة في المستشفيات المعتمدة في تايلاند في اقتصاد حالة عدم التأكيد).

هدفت الدراسة إلى معرفة استراتيجيات تطبيق الجودة الشاملة والحصول على الاعتماد وكان مجتمع الدراسة يتكون من (35) مستشفى حكومي في تايلاند وخلال الأعوام (1996-1999). وقد جمعت بيانات الدراسة بثلاث طرق أولها عن طريق المقابلة لعينة من الإدارة العليا والوسطى للتعرف على مدى معرفتهم لأهمية الاعتماد واستراتيجيات الجودة الشاملة، والطريقة الثانية عن طريق مراجعة الوثائق المتعلقة بتطوير معايير الجودة الشاملة، والثالثة عن طريق الاستبيان لمعرفة الأنشطة

والأعمال المطبقة في المستشفيات. وقد أظهرت النتائج أن (28) مستشفى من العدد الكلي يقوم بتطبيق معايير الجودة الشاملة وذلك من خلال تدريب العاملين وإشراكهم في صنع القرار، والعناية بالمرضى وتفعيل نظـام المعلومـات، أمـا فـي بـاقي المستشفيات فقد كان هناك نقص في مدى إدراك العاملين لأهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات، فهم لهم دور أساسي في نجـاح تطبيـق معـايير الجـودة الشاملة، حيث أبدوا مقاومة لتطبيق الجودة وعدم بذل جهود إضافية في العمل.

دراســة هيــور (Heuer, 2002) بعنــوان: (Joint Commission on Accreditation on Health Care Organizations)، (تحليل العلاقة بين مقاييس رضا المريض ومعدلات الاعتماد في المستشفى).

هدفت الدراسة إلى تحليل العلاقة بين رضا المريض ودرجة التقدير الممنوحة من اللجنة المشتركة الأمريكية للاعتماد Joint Commission of Accreditation of Health Care Organizations، وقد اتخذت الدراسـة معـايير اللجنـة المـشتركة الأمريكية للاعتماد للجودة الشاملة وقامت بدراسة تطبيقهـا علـى مـستوى رضـا المراجعين. تكون مجتمع الدراسة من (41) مستشفى مشارك في برنامج الاعتمـاد الأمريكي، وتم اختيار عينة المستشفيات على أساس عدد الأسرة بحيث لا يقل عـن (200) سرير. وقد أظهرت نتائج الدراسة على عدم وجود علاقة بين درجة التقيـيم الممنوحة من اللجنة المشتركة الأمريكية للاعتماد والتي تهتم بتطبيق الجودة الشاملة ودرجة رضا المراجعين.

قام فرانسوا وآخرون (Francois, et, al.,2003) بدراسة بعنوان: تقييم تطبيق نظام إدارة الجودة في الأقسام السريرية في المستـشفيات التعليميـة (Evaluating Implementation of Quality Management Systems in a Teaching Hospital's Clinical Departments). هدفت هذه الدراسة إلى تقييم إستراتيجية لتطبيق وتبنـي تحسين الجودة المستمر القائم على نظام إدارة الجـودة اللامركـزي فـي الأقـسام الإكلينيكية داخل المستشفى التعليمي في فرنسا. طبقت هذه الدراسة في ستة أقـسام تعاني من صعوبة تطبيق معايير الجودة المعتمدة في فرنسا ، حيث أن النجاح فـي تطبيق هذه المعايير يؤدي إلى زيادة الكفاءة والفاعلية في هـذه الأقـسام المقاومـة

للتغيير. فالمتغير المستقل في هذه الدراسة هي تعزيز وتبني إستراتيجية التحسين للجودة المستمر بتحسين تنمية الموارد البشرية وتقوية وتدريب الكادر الطبي والعاملين فيها وإشراكهم في اتخاذ القرار والتركيز على العناية بالمريض وتفعيل إدارة المعلومات. هذه الدراسة تجريبية بتطبيق مكونات الجودة الشاملة وتقييم الأداء قبل وبعد التطبيق وعن طريق المقابلات والمسوحات ثم جمع بيانات هذه الدراسة. وتوصلت الدراسة إلى أن صعوبة التطبيق هي كنتيجة المقاومة من قبل هذه الأقسام للتغير الشامل كونها تمتاز بالاستقلالية والمركزية، وأن تطبيق هذه المعايير للجودة تؤدي إلى زيادة رضا العاملين والمرضى وتحسين مخرجاتهم.

أجرى يونج وآخرون (Young, et, al., 1997) دراسة بعنوان: تطبيق إدارة الجودة الشاملة: التسهيلات والمعوقات (Implementation of Total Quality Management: Facilitators and Barriers).

هدفت الدراسة إلى الكشف عن تأثير تطبيق الجودة وتحسينها في المستشفيات المعتمدة للجودة نحو رعاية وخدمة المرضى، ومعرفة العوامل المؤثرة لعملية تعزيز وتحسين الجودة أجريت الدراسة في مجتمع يتألف من (112) مستشفاً أمريكياً يعمل ويطبق معايير الجودة والتحسين المستمر، وجمعت البيانات عن طريق توزيع الاستبانة على العاملين في المستشفيات ومقابلة مدراء المستشفيات. بيانات الدراسة جمعت من مصادر أولية وثانوية، توصلت الدراسة إلى أنه هناك علاقة ايجابية بين التزام الإدارة العليا وثقافة الجودة وتدريب العاملين وبين الأداء، وأيضاً علاقة ايجابية تبين تطبيق الجودة الشاملة وجوهر الاعتماد عند منظمات اللجان المشتركة للاعتماد للرعاية الصحية. وأوصت الدراسة بضرورة التزام القيادة والتدريب ونشر ثقافة الجودة وذلك للإسهام في إنجاح عملية تطبيق الجودة الشاملة.

دراسة شورتل وآخرون (Shortell, et, al., 1995) بعنوان تقييم أثر تحسين الجودة المستمر/إدارة الجودة الشاملة المفهوم مقابل التطبيق Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement (CQI) /total Quality Management: Concept Versus implementation). هدفت الدراسة إلى بحث العلاقة بين تطبيق الجودة والتحسين المستمر لها في المستشفيات وأداء هذه المستشفيات، أجريت هذه

الدراسة على عينة من المستشفيات في منطقة الشرق الأوسط من الولايات المتحدة الأمريكية وعددها (61) مستشفى بما فيها المستشفيات التعليمية. وتشمل معايير التحسين المستمر للجودة، التركيز على المريض ومخرجاته، مؤشرات الكفاءة الطبية والمخرجات المالية ومخرجات العاملين حسب المعايير المنصوص عليها في جائزة مالكولم بالدريج الوطنية الأمريكية. أما الأساليب الإحصائية المستخدمة فهي الإحصاء الوصفي بجميع عملياته. توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ايجابية ذات دلالة إحصائية بين المتغيرات المستقلة والمتغيرات التابعة، وأن لتطبيق معايير التحسين المستمر للجودة في المستشفيات التي تقدم الخدمات والرعاية الطبية تأثيراً ايجابياً في تحسين مخرجات العاملين وعلى رضا المرضى ومعالجة حالاتهم المرضية، وتخفيض المخرجات المالية وقد أوصت الدراسة بضرورة نشر ثقافة الجودة في المستشفيات لما له دورا فاعل على أداء المستشفيات.

ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة:

إن الدور المتعاظم الذي تلعبه الحكومة العصرية في إدارة النشاط الاقتصادي وتوجيهه لصالح الوطن والمواطن، لم يعد قاصراً فقط على تقديم الخدمة بل امتد ليشمل مستوى جودة تلك الخدمة. وقد أسهمت مرحلة التحول الديمقراطي التي تشهدها المملكة منذ العام 1989 في ترسيخ الكثير من المفاهيم لدى طرفي تقديم الخدمة: الحكومة والمواطنين، وتنبهت الحكومة إلى أن مسؤوليات جديدة مثل احترام المواطنين ومأسسة الإدارة وتقديم أفضل الخدمات بأبسط الطرق وأيسرها، حيث أصبح المواطن أكثر وعياً لحقوقه، وازدادت توقعاته ورغباته واحتياجاته التي أسهم الانفتاح على العالم بتعاظمها.

ومن منطلق البحث عن المزيد من الكفاءة والإبداع في ظل عالم من المتغيرات والتطورات السريعة، فإن إدارة الجودة الشاملة تعتبر نموذجاً مغرياً للقطاع العام إذا ما أحسن تطبيقه لضمان تحسين الأداء وتقليل الكلفة وزيادة رضا المواطنين، وهذا ما أدركته وزارة الصحة الأردنية منذ العام 1992.

لقد اهتمت بعض الدراسات السابقة بدراسة معايير الجودة الشاملة، وواقع هذه المعايير وانعكاساتها على الأداء في القطاع الخاص والعام، وبعضها تناول القطاع

الخاص في المجال الصحي، أو دراسة هذه المعايير وأثرها على رضا المرضى، إلا أن الدراسة الحالية تدرس أثر تطبيق معايير الاعتماد الوطنية للمستشفيات الأردنية على جودة الخدمات الصحية المقدمة من مقدمي الخدمات، حيث أنها أبرزت تصورات المبحوثين (مقدمي الخدمة الصحية) على مختلف المستويات الإدارية والكوادر الطبية والفنية نحو تطبيق معايير الاعتماد الوطني بما يتلاءم وبيئة المملكة الأردنية الهاشمية وما تسعى إليه من تقديم خدمات صحية متميزة.

الفصل الثالث

المنهجية والتصميم

1.3 منهجية الدراسة:

اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي لبنـاء الإطـار النظـري للدراسة، والاستطلاع الميداني لجمع البيانات بواسطة أداة الدراسة (الإستبانه) والتي تم تصميمها وتوزيعها على أفراد العينة وتحليلها إحـصائيا للإجابـة علـى أسـئلة الدراسة واختبار فرضياتها من اجل تحقيق أهداف الدراسة وتقديم التوصيات في ظل ما توصلت إليه هذه الدراسة من نتائج.

2.3 مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من جميع العاملين من أطباء وممرضين والكادر الفنـي والإداري في المستشفيات الحكومية (المدنية) في المملكة الأردنية الهاشمية والبـالغ عددهم (2173) بحسب التقرير السنوي لوزارة الصحة الأردنية لعام 2007، والتي بدأت بتطبيق برنامج الجودة والعمل بمعايير الاعتماد، وهي (مستشفى البشير 1436 موظفاً وموظفة، مستشفى جميل التوتنجي (280) موظفاً وموظفة، مستشفى الحسين (السلط) موظفاً وموظفة 212، مستشفى الكرك الحكومي موظفاً وموظفة.

وكما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول رقم (2)

المستشفيات الحكومية الأردنية (المدنية) المشاركة في برنامج اعتماد المستشفيات عام 2006 والتي سيشملها مجتمع الدراسة

الرقم	اسم المستشفى	الموقع المحافظة	سنة التأسيس	تاريخ بدء برنامج الجودة	الوظيفة				المجتمع
					الاطباء	الممرضين	الاداريين	الفنيين	
1	**مستشفى البشير**	**عمان**	**1952**	**2004**	**478**	**555**	**186**	**217**	**1436**
2	**مستشفى جميل التوتنجي**	**عمان**	**2001**	**2004**	**70**	**131**	**35**	**44**	**280**
3	**مستشفى الحسين**	**السلط**	**1961**	**2004**	**69**	**143**	**34**	**40**	**286**
4	**مستشفى الكرك الحكومي**	**الكرك**	**1996**	**2004**	**61**	**59**	**23**	**28**	**171**
	المجموع				**78**	**3 88**	**78**	**29**	**2 173**

المصدر: الاستراتيجية الصحية الوطنية الاردنية . (2008-2012) المجلس الصحي العالي .

3.3 عينة الدراسة:

تم اختيار عينة عشوائية طبقية متساوية، بلغ حجمها (627) مشاركاً ومشاركة بنسبة(28.85%) من مجتمع الدراسة، وقد تم توزيع الاستبانات على مفردات العينة بعد اخذ موافقة الجهات المسؤولة في تلك المستشفيات، أعيد منها (593) استبانه، وقد وجد أن ما مجموعه (426) استبانة صالحة للتحليل الإحصائي بنسبة (19.60%) من مجتمع الدراسة، و(67.94%) من عينة الدراسة.

4.3 أداة الدراسة:

بغرض تحقيق أهداف الدراسة، تم إجراء المسح المكتبي والاطلاع على الجانب النظري والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة، وتم تصميم استبانه تتكون من الأجزاء الآتية:

الجُزء الأول: ويتضمن المتغيرات الشخصية والوظيفية والديموغرافية عن خصائص عينة الدراسة طبقاً للعوامل الشخصية التالية (النوع الاجتماعي, العمر، المؤهل العلمي, المستوى الوظيفي، الخبرة، المهنة).

الجُزء الثاني: ويتضمن (65) فقرة تقيس المتغير المستقل للدراسة بأبعاده (معايير الاعتماد الوطنية للمستشفيات) والمتغير التابع (جودة الخدمات الصحية).

القسم الأول: (45) فقرة لقياس أبعاد المتغير المستقل مقسمة على النحو الآتي: (دعم الإدارة العليا وتقيسه الفقرات (1-5)، العناية بالمريض وتقيسه الفقرات (6-10)، أنظمة السلامة وتقيسه الفقرات (11-15)، إدارة المعلومات وتقيسه الفقرات (16-20)، الخدمات الفندقية وتقيسه الفقرات (21-25) تنمية الموارد البشرية وتقيسه الفقرات (26-30)، الخدمات التشخيصية وتقيسه الفقرات(31-35)، التحسين المستمر وتقيسه الفقرات(36-40)، المسؤولية القانونية والاجتماعية وتقيسه الفقرات(41-45).

القسم الثاني: (20) فقرة لقياس المتغير التابع بإبعاده، الاعتمادية ويقيسه الفقرات (46-49)، الاستجابة ويقيسه الفقرات (50-53)، التعاطف، ويقيسه الفقرات(54-57)، وبعد الآمان ويقيسه الفقرات (58-61)، وبعد الجوانب المادية الملموسة ويقيسه الفقرات (62-65).

وقد تم اعتماد تحديد أوزان فقرات الاستبانه وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي (Likert) وعلى النحو الأتي: (موافق تماماً وتمثل 5 درجات)، (موافق وتمثل 4 درجات)، (موافق بدرجة متوسطة وتمثل 3 درجات)، (غير موافق وتمثل درجتان)، (غير موافق تماماً وتمثل درجة واحدة).

5.3 صدق الأداة:

تم عرض أداة الدراسة على عدد من المحكمين من أساتذة الإدارة المختصين أعضاء هيئة التدريس في جامعة مؤتة واساتذة آخرين في جامعة العلوم التطبيقية في جامعة البلقاء التطبيقية للتحقق من مدى صدق فقرات الأداة، ومعرفة مدى ملائمة ووضوح وصلاحية الفقرات المستخدمة لقياس متغيرات الدراسة المستقل والتابع، ومدى انتماء فقرات الاستبانة للبعد الذي خصص لقياسه، وقد تم الأخذ بملاحظات المحكمين حيث أعيد صياغة بعض الفقرات في ضوء الملاحظات، وتم إجراء

التعديلات المطلوبة بشكل يحقق التوازن بين مضامين الأداة في فقراتها حتى تظهر بصورة تخدم أغراض الدراسة الحالية.

6.3 ثبات الأداة:

تَم استخراج معامل الاتساق الداخلي لأداة الدراسة، بالاعتماد على معامل كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha) لكل متغير من متغيرات الدراسة بجميع أبعاده، وكانت قيم معامل الثبات مرتفعة وتدل على الثبات والاتساق بين فقرات الأداة. ويبين الجدول التالي (3) قيم معامل الثبات.

جدول رقم (3)

معامل الاتساق الداخلي لكل متغير من متغيرات الدراسة بجميع أبعاده

المتغير	البعد	الفقرات	كرونباخ ألفا
معايير الاعتماد الوطنية للمستشفيات	دعم الإدارة العليا	5-1	0.90
	العناية بالمريض	10-6	0.86
	أنظمة السلامة	15-11	0.89
	إدارة المعلومات	20-16	0.82
	الخدمات الفندقية	25-21	0.86
	تنمية الموارد البشرية	30-26	0.83
	الخدمات التشخيصية	35-31	0.87
	التحسين المستمر	40-36	0.89
	المسؤولية القانونية والاجتماعية	45-41	0.85
جودة الخدمات الصحية	الاعتمادية	49-46	0.87
	الاستجابة	53-50	0.89
	التعاطف	57-54	0.89
	الأمان	61-58	0.83
	الجوانب المادية الملموسة	65-62	0.81

7.3 المعالجة الإحصائية:

للإجابة عن أسئلة الدراسة واختبار فرضياتها, تم استخدام أسـاليب الإحـصاء الوصفي والتحليلي, وذلك باسـتخدام الرزمـة الإحـصائية (SPSS) (Statistical Package for Social Sciences) وتشمل مقاييس الإحصاء الوصفي (Descriptive Statistic Measures) وذلك لوصف خـصائص عينـة الدراسـة, اعتمـاداً علـى التكرارات والنسب المئوية, ومن اجل الإجابة على أسـئلة الدراسـة تـم اسـتخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وتحليل الانحدار المتعـدد (Multiple Regression Analysis) وذلك للتأكد من صلاحية الانموذج لاختبار فرضية الدراسة الرئيسية الأولى، ولمعرفة أي المتغيرات المستقلة أشد تأثيرا على المتغير التابع في هذه الدراسة، ولاختبار فرضيتي الدراسة الثانية والثالثة تم إجراء اختبـار (T.test)، وتحليل التباين الأحادي (One Way ANOVA) لمعرفة الفروقات فـي تـصورات المبحوثين نحو المتغير المستقل بأبعاده، والمتغير التـابع بأبعـاده والتـي تعـزى للمتغيرات الشخصية والوظيفية والديموغرافية،كما تم إجراء اختبـار (LSD)(less statistical differences للمقارنات البعدية بين فئات المتغيرات الشخصية والوظيفية والديموغرافية.

الفصل الرابع
عرض النتائج والمناقشة والتوصيات

1.4 خصائص عينة الدراسة:

جدول رقم (4)

توزيع أفراد عينة الدراسة وفقا للمتغيرات الشخصية

المتغير	فئات المتغير	العدد	النسبة المئوية %
النوع الاجتماعي	ذكر	180	42.3
	أنثى	246	57.7
العمر	30 سنة فأقل	174	40.8
	31-40 سنة	158	37.1
	51 سنة فأكثر	70	16.4
	أكثر من 46 سنة	24	5.6
المؤهل التعليمي	ثانوية عامة فما دون	30	7.0
	دبلوم	138	32.4
	بكالوريوس	209	49.1
	دراسات عليا	49	11.5
المستوى الوظيفي	مدير	9	2.1
	رئيس قسم	56	13.1
	موظف	361	84.7
الخبرة	5 سنوات فأقل	150	35.2
	6 - 15 سنوات	179	42.0
	16 - 25 سنة	75	17.6
	26 سنة فأكثر	22	5.2
المهنة	طبيب	89	20.9
	ممرض	216	50.7
	إداري	57	13.4
	فني	64	15.0

يبين الجدول رقم (4) أن عدد الإناث يزيد عن عدد الذكور بشكل ملحوظ حيث بلغت نسبة الإناث (57.7%) من مجموع أفراد عينة الدراسة، في حين بلغت نـسبة

الذكور (42.3%). وهذا معناه تفوق الإناث في المستشفيات الحكومية الأردنية سيما العاملات في الوظائف الطبية المساندة.

أما فيما يتعلق بمتغير العمر، فقد دلت النتائج على أن الفئة العمرية (30 سنة فأقل) قد احتلت المرتبة الأولى بواقع (40.8%)، تلاها الفئة العمرية (31 إلى 40 سنة) وقد بلغت (37.1%) من أفراد عينة الدراسة، وقد جاءت الفئة العمرية (41 إلى 50 سنة) في المرتبة الثالثة بنسبة بلغت (16.4%)، وأخيراً جاءت الفئة العمرية (51 سنة فأكثر) وقد شكلت ما نسبته (5.6%) من أفراد عينة الدراسة، ويمكن أن يستدل من ذلك على أن غالبية أفراد عينة الدراسة هم من فئة الشباب الناضج التي تقوم بالعمل الطبي والعمل المساندة لمهنة الطب.

وقد دلت النتائج إلى أن (49.1%) من أفراد عينة الدراسة هم من حملة درجة البكالوريوس، وقد يعود ذلك إلى أن إشغال بعض الوظائف الطبية يتطلب حصول الموظف على مؤهل أكاديمي (بكالوريوس)، مقابل (32.4%) كانوا من حملة درجة (دبلوم) وهذا معناه أن بعض الوظائف في المستشفيات المبحوثة لا تتطلب تأهيل علمي عالي قد يوعز لهم أنشطة ضمن المستويات الإدارية الدنيا، وأن (11.5%) كانوا من حملة درجة الدراسات العليا، في حين أن (7.0%) من حجم العينة كانوا من حملة درجة ثانوية عامة فما دون.

كما دلت النتائج أن (84.7%) من عينة الدراسة كانوا من فئة الموظفين، وإن ما نسبته (13.1%) كانوا من فئة رئيس قسم، وأخيراً كان ما نسبته (2.1%) من عدد أفراد عينة الدراسة مدراء.

وقد أوضحت النتائج أعلاه أن (42.0%) من أفراد العينة تقع مدة خدمتهم ضمن الفئة (5-16 سنة)، مقابل (35.2%) كانت مدة خدمتهم (5 سنوات فاقل)، وأن (17.6%) كانت مدة خدمتهم (16-25 سنة)، في حين أن (5.2%) كانت مدة خدمتهم (26 سنة فأكثر) ويمكن تفسير ذلك أن غالبية أفراد العينة كانوا من الموظفين ذوي الخبرة المرتفعة، مما يدل على قدرة الإدارة العليا في المستشفيات المبحوثة على الاحتفاظ في الكفاءات، والخبرات، والمهارات لاستمرار الأداء الأفضل.

كما دلت النتائج أن (50.7%) من عينة الدراسة كانوا من فئة الممرضين، وان ما نسبته (20.9%) كانوا من فئة الأطباء، مقابل (15.0%) كانوا فنيين، وأخيراً كان ما نسبته (13.4%) من عدد أفراد عينة الدراسة إداريين.

2.4 عرض النتائج:

تَم الاعتماد على نتائج التحليل الإحصائي الوصفي للبيانـات، والتـي تـشمل المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لجميع أبعاد الدراسة المستقلة والتابعة، والفقرات المكونة لكل بعد، وقد تم مراعاة أن تدرج المقياس المستخدم في الدراسـة كما يلي: موافق تماما (5)، موافق (4)، موافق بدرجة متوسطة (3)، غير موافـق (2)، غير موافق تماما (1). واعتمادا على ما تقدم فإن قيم المتوسـطات الحـسابية التي توصلت إليها الدراسة، سيتم التعامل معها على النحو التالي:

مُرتفع	مُتوسط	مُنخفض
(3.5 فما فوق)	(2.5-3.49)	(2.49 فأقل)

وبناء على ذلك فإذا كانت قيمة المتوسط الحسابي للفقرات أكبـر مـن (3.5) فيكون مستوى تصورات المبحوثين مرتفعاً، وهذا يعني موافقة أفراد العينـة علـى الفقرات، أما إذا كانت قيمة المتوسط الحسابي (2.5-3.49) فان مستوى التصورات متوسطاً، وإذا كان المتوسط الحسابي أقل من (2.49) فيكون مـستوى التـصورات منخفضاً.

3.4 الإجابة عن أسئلة الدراسة:

النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: ما درجـة تطبيـق معـايير الاعتمـاد فـي المستشفيات الحكومية؟

جدول رقم (5)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتصورات المبحوثين نحو درجة تطبيق معايير الاعتماد في المستشفيات الحكومية .

تسلسل الفقرات	اسم المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب حسب المتوسط	المستوى حسب المتوسط
1-5	دعم الإدارة العليا	3.13	0.94	5	متوسط
6-10	العناية بالمريض	3.30	0.84	4	متوسط
11-15	أنظمة السلامة	3.34	0.87	3	متوسط
16-20	إدارة المعلومات	3.56	0.83	2	مرتفع
21-25	الخدمات الفندقية	2.93	0.86	9	متوسط
26-30	تنمية الموارد البشرية	3.02	0.86	7	متوسط
31-35	الخدمات التشخيصية	3.65	0.84	1	مرتفع
36-40	التحسين المستمر	3.11	0.91	6	متوسط
41-45	المسؤولية القانونية والاجتماعية	3.02	0.92	8	متوسط
المتوسط الحسابي العام		**3.23**	**0.73**	-	**متوسط**

يشير الجدول الاحصائي على رقم (5) إلى أن تصورات المبحوثين لفقـرات أبعاد المتغير المستقل (معايير الاعتماد في المستـشفيات الحكوميـة) قـد جـاءت متوسطة بمتوسط حسابي (3.23)، وانحراف معياري (0.73)، مما يـدل علـى أن تصورات المبحوثين لفقرات أبعاد المتغير المستقل قـد جـاءت بدرجـة متوسـطة باستثناء تصوراتهم لبعدي (الخدمات التشخيصية، وإدارة المعلومات) التـي جـاءت بدرجة مرتفعة. واحتل بعد الخدمات التشخيصية المرتبة الأولى بمتوسـط حـسابي (3.65)، تلاه بعد إدارة المعلومات بمتوسط حسابي (3.56)، وجـاء فـي المرتبـة الثالثة، بعد أنظمة السلامة بمتوسط حسابي (3.34)، يلي ذلك في المرتبة الرابعة بعد العناية بالمريض بمتوسط حسابي (3.30)، وجاء في المرتبة الخامـسة بعـد دعـم

الإدارة العليا بمتوسط حسابي (3.13)، ثم جاء في المرتبة السادسة بعـد التحـسين المستمر بمتوسط حسابي (3.11)، وجاء في المرتبة السابعة بعدي تنميـة المـوارد البشرية، المسؤولية القانونية والاجتماعية بمتوسط حسابي (3.02)، وأخيراً جاء بعد الخدمات الفندقية بمتوسط حسابي (2.93).

وفيما يلي عرض تفصيلي للمتوسطات الحـسابية والانحرافـات المعياريـة لتصورات أفراد عينة الدراسة نحو تطبيق معايير الاعتماد الوطنية للمستشفيات:

جدول رقم (6)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتصورات المبحوثين نحو دعم الإدارة العليا.

تسلسل الفقرات	محتوى الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب حسب المتوسط	المستوى حسب المتوسط
1	تقوم الإدارة العليا في المستشفى الذي اعمـل فيه بوضع نظام للمتابعـة المـستمرة علـى الموارد المتاحة.	3.22	1.10	2	متوسط
2	يتم تطبيق برنامج معد لتحسين الجودة من قبل الإدارة العليا في المستشفى الذي أعمل فيه.	3.24	1.11	1	متوسط
3	تقوم الإدارة العليا بالتأكد من تطبيق المستشفى لجميع القوانين والأنظمة.	3.19	1.08	3	متوسط
4	تحرص الإدارة العليا علـى إيجـاد قنـوات اتصال مباشر مع كافة الموظفين.	2.89	1.15	5	متوسط
5	تتابع الإدارة العليا تطوير خطط المستـشفى الذي اعمل فيه باستمرار.	3.12	1.07	4	متوسط
-	**المتوسط الحسابي العام**	**3.13**	**0.94**	-	**متوسط**

يتضح من الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي العام لتصورات أفـراد العينـة نحو بعد دعم الإدارة العليا قد بلغ (3.13)، وانحراف معياري (0.94)، ويمثل درجة تقدير متوسطة، وقد جاءت الفقرة (2) (يتم تطبيق برنامج معد لتحسين الجودة مـن قبل الإدارة العليا في المستشفى الذي أعمل فيه) في المرتبة الأولى بمتوسط الحسابي (3.24)، ويستدل من تصورات المبحوثين حرص الإدارة العليا على تطبيق معايير الجودة، في حين جاءت الفقرة (4) (تحرص الإدارة العليا على إيجاد قنوات اتصال

مباشر مع كافة الموظفين) في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (2.89)، ويستدل من تصورات المبحوثين أن الإدارة العليا ما زالت لا تعمل على فتح قنـوات الاتـصال المباشرة مع الموظفين بالشكل الذي يرضى غالبية الموظفين.

جدول رقم (7)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتصورات المبحوثين نحو العناية بالمريض

تسلسل الفقرات	محتوى الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب حسب المتوسط	المستوى حسب المتوسط
6	يلبي المستشفى الذي أعمل فيه احتياجات مرضاه بصورة فعالة.	3.24	0.98	3	متوسط
7	يستطيع المستشفى الذي أعمل فيه تحديد أولويات تقديم الرعاية الصحية للمرضى.	3.33	0.99	2	متوسط
8	تشارك جميع الوظائف (طبيـب، ممـرض، صيدلي، إلخ) في المستـشفى الـذي أعمـل به علـى وضـع خطـة الرعايـة الطبيـة للمريض.	3.08	1.14	5	متوسط
9	يتم تطبيق الرعاية الصحية في المستشفى الذي أعمل فيه حسب المعايير الوطنية التي تضمن جودة الخدمة الصحية.	3.24	1.02	4	متوسط
10	يؤمن المستشفى الذي أعمل فيه خدمات التحويل الخارجي للمرضى الذين لا يتوفر لهم العلاج في المستشفى.	3.61	1.11	1	مرتفع
-	**المتوسط الحسابي العام**	**3.30**	**0.84**	-	**متوسط**

يتضح من الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي العام لتصورات أفـراد العينـة نحو بعد العناية بالمريض قد بلغ (3.30)، وانحراف معياري (0.84)، ويمثل درجة تقدير متوسطة، وقد جاءت الفقرة (10) (يؤمن المستشفى الذي أعمل فيـه خـدمات التحويل الخارجي للمرضى الذين لا يتوفر لهم العلاج في المستشفى) فـي المرتبـة الأولى بمتوسط الحسابي (3.61)، ويستدل مـن تـصورات المبحـوثين حـرص المستشفيات المبحوثة على تقديم خدمات الرعاية الصحية للمرضى، في حين جاءت الفقرة (8) (تشارك جميع الوظائف (طبيب، ممرض، صيدلي ،إلخ). في المستـشفى

الذي أعمل به على وضع خطة الرعاية الطبية للمريض) في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (3.08)، ويستدل من تصورات المبحوثين أن إدارة المستشفيات المبحوثة تعمل على إعداد خطة الرعاية الطبية للمريض بمشاركة متواضعة من قبل العاملين في المستشفيات.

جدول رقم (8)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتصورات المبحوثين نحو أنظمة السلامة

تسلسل الفقرات	محتوى الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب حسب المتوسط	المستوى حسب المتوسط
11	يحرص المستشفى الذي أعمل فيه على تأمين الشروط المساعدة في تأكيد بيئة سليمة.	3.23	0.95	4	متوسط
12	يأخذ المستشفى كافة الاحتياطات اللازمة للحالات الطارئة التي تواجههم.	3.27	1.02	3	متوسط
13	يعمل المستشفى الذي أعمل فيه على إيجاد خطط للتخاص من المواد والنفايات الخطرة.	3.61	1.02	1	مرتفع
14	يحرص المستشفى على تنفيذ برنامج للتقليل من مخاطر العدوى المكتسبة.	3.46	1.04	2	متوسط
15	تهتم المستشفى الذي أعمل فيه بصحة العاملين وفقاً للقوانين والأنظمة الحكومية.	3.14	1.10	5	متوسط
-	**المتوسط الحسابي العام**	**3.34**	**0.87**	-	**متوسط**

يتضح من الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي العام لتصورات أفراد العينة نحو بعد أنظمة السلامة قد بلغ (3.34)، وانحراف معياري (0.87)، ويمثل درجة تقدير متوسطة، وقد جاءت الفقرة (13) (يعمل المستشفى الذي اعمل فيه على إيجاد خطط للتخاص من المواد والنفايات الخطرة) في المرتبة الأولى بمتوسط الحسابي (3.61)، ويستدل من تصورات المبحوثين حرص المستشفيات المبحوثة على السلامة العامة للجميع من خلال التخاص من المواد الخطرة والسامة، في حين جاءت الفقرة (15) (تهتم المستشفى الذي أعمل فيه بصحة العاملين وفقا للقوانين والأنظمة الحكومية). في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (3.14)، ويستدل من

تصورات المبحوثين أن إدارة المستشفيات المبحوثة تقدم الحد الأدنى مـن خـدمات رعاية صحة العاملين.

جدول رقم (9)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتصورات المبحوثين نحو إدارة المعلومات

تسلسل الفقرات	محتوى الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب حسب المتوسط	المستوى حسب المتوسط
16	يحتفظ المستشفى الذي أعمل فيه بملف طبـي لكـل مريض يكون أساساً لتقييم الحالة الصحية وعلاجها.	3.92	1.07	1	مرتفع
17	يسمح في المستشفى الذي أعمل فيه فقط للأشـخاص المخولين الوصـول للـسجلات الطبيـة الخاصـة بالمرضى.	3.75	1.04	2	مرتفع
18	يزود المستشفى الذي أعمل فيه المـريض بتقريـر تفصيلي عن حالته المرضية عند مغادرته.	3.63	1.067	3	مرتفع
19	يحرص المستشفى الذي اعمل فيـه الحفـاظ علـى خصوصية السجل الطبي للمرضى.	3.60	1.08	4	متوسط
20	يحرص المستشفى الذي أعمل فيه على توفير نسخة احتياطية للسجل الطبي المفقود للمرضى.	2.91	1.17	5	متوسط
-	**المتوسط الحسابي العام**	**3.56**	**0.83**	-	**مرتفع**

يتضح من الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي العام لتصورات أفـراد العينـة نحو بعد إدارة المعلومات قد بلغ (3.56)، وانحراف معياري (0.83)، ويمثل درجة تقدير مرتفعة، وقد جاءت الفقرة (16) (يحتفظ المستشفى الذي أعمل فيه بملف طبي لكل مريض يكون أساسا لتقييم الحالة الصحية وعلاجها) في المرتبة الأولى بمتوسط الحسابي (3.92)، ويستدل من تصورات المبحوثين حرص المستـشفيات المبحوثـة على تطبيق القانون الذي يقر الاحتفاظ بملفات طبية تسجل فيهـا حالـة المـريض الصحية والعلاجات التي تلقاها، في حين جاءت الفقرة (20) (يحـرص المستـشفى الذي اعمل فيه على توفير نسخة إحتياطية للسجل الطبي المفقود للمرضـى). فـي المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (2.91)، ويستدل من تصورات المبحوثين ان هنالك

قصور من قبل المستشفيات المبحوثة في الاحتفاء بـسجل احتيـاطي يمكـنهم مـن الرجوع اليه عند الحاجة .

جدول رقم (10)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتصورات المبحوثين نحو الخدمات الفندقية

تسلسل الفقرات	محتوى الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب حسب المتوسط	المستوى حسب المتوسط
21	يطبق المستشفى الذي اعمل فيه إجراءات تعقيم صحية ملائمة.	3.14	1.04	2	متوسط
22	يقوم المستشفى الذي أعمل فيه بتوفير غـرف انتظار ملائمة لزائري المستشفى.	2.59	1.09	5	متوسط
23	يقوم المستـشفى الـذي أعمـل فيـه بتـوفير مستلزمات تضمن سهولة انتقال المرضى إلـى غرف الفحص والتصوير.	2.92	1.04	3	متوسط
24	يقوم المستشفى الذي أعمل فيه بتوفير خـدمات تنظيف الملابس وتعقيمها بشكل صحي سليم.	2.83	1.10	4	متوسط
25	يقوم المستشفى الذي أعمل فيه بتوفير خـدمات الطعام والشراب بشكل يلائم كل مريض.	3.18	1.06	1	متوسط
-	**المتوسط الحسابي العام**	**2.93**	**0.86**	-	**متوسط**

يتضح من الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي العام لتصورات أفـراد العينـة نحو بعد الخدمات الفندقية قد بلغ (2.93)، وانحراف معياري (0.86)، ويمثل درجة تقدير متوسطة، وقد جاءت الفقرة (25) (يقوم المستشفى الذي أعمـل فيـه بتـوفير خدمات الطعام والشراب بشكل يلائم كل مريض) في المرتبـة الأولـى بمتوسـط الحسابي (3.18)، ويستدل من تصورات المبحوثين حرص المستـشفيات المبحوثـة على تطبيق القانون الذي يقر تقديم خدمات الطعام والشراب، في حين جاءت الفقرة (22) (يقوم المستشفى الذي اعمل فيه بتـوفير غـرف انتظـار ملائمـة لزائـري المستشفى) في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (2.59)، ويستدل مـن تـصورات المبحوثين تركيز المستشفيات المبحوثة على تقديم الخـدمات للمرضـى بالدرجـة الأولى.

جدول رقم (11)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتصورات المبحوثين نحو تنمية الموارد البشرية

تسلسل الفقرات	محتوى الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب حسب المتوسط	المستوى حسب المتوسط
26	تطبق إدارة المـوارد البـشرية خطـة مكتوبـة للتوظيف تشمل الكفاءة والخبرة المطلوبـة لكـل وظيفة.	2.99	1.05	3	متوسط
27	يحتفظ المستشفى الذي أعمل فيه بملفات الكـادر الطبي تحتوي على جميع الوثائق المتعلقة بأهليـة وكفاءة مقدمي الخدمة.	3.54	1.05	1	مرتفع
28	يجري المستشفى الذي أعمل فيه مسوحات لرضا العاملين ليكون المستشفى مكان مريح للعمل.	2.64	1.19	5	متوسط
29	يتبنى المستشفى الذي أعمل فيه خطة تقويم لأداء العاملين بشكل دوري.	2.88	1.15	4	متوسط
30	يطبق كل قسم في المستشفى الـذي أعمـل فيـه برامج متخصصة للتعليم والتدريب المستمر.	3.07	1.10	2	متوسط
-	**المتوسط الحسابي العام**	**3.02**	**0.86**	-	**متوسط**

يتضح من الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي العام لتصورات أفـراد العينـة نحو بعد تنمية الموارد البشرية قد بلغ (3.02)، وانحراف معياري (0.86)، ويمثـل درجة تقدير متوسطة، وقد جاءت الفقرة (27) (يحتفظ المستشفى الذي اعمـل فيـه بملفات الكادر الطبي تحتوي على جميع الوثائق المتعلقة بأهليـة وكفـاءة مقـدمي الخدمة) في المرتبة الأولى بمتوسط الحسابي (3.54)، وهذا ما حـث عليـه نظـام الخدمة المدنية الأردني، في حين جاءت الفقرة (28) (يجري المستشفى الذي أعمـل فيه مسوحات لرضا العاملين ليكون المستشفى مكان مريح للعمـل). فـي المرتبـة الأخيرة بمتوسط حسابي (2.64)، وهذا يدل على تقصير تلك المستشفيات في هـذا الجانب وانشغالها بتقديم خدمات الرعاية الصحية للمرضى.

جدول رقم (12)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتصورات المبحوثين نحو الخدمات التشخيصية

تسلسل الفقرات	محتوى الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب حسب المتوسط	المستوى حسب المتوسط
31	يوفر المستشفى الذي أعمل فيه خدمات بنـك الـدم على مدار 24 ساعة.	3.98	1.01	1	مرتفع
32	يوفر المستشفى الذي أعمل فيه خـدمات المختبـر على مدار 24 ساعة.	3.88	1.01	3	مرتفع
33	يوفر المستشفى الذي أعمل فيـه تـوفير خـدمات الأشعة على مدار 24 ساعة.	3.89	0.98	2	مرتفع
34	يطبق المستشفى الذي أعمل فيه برنـامج صـيانة للأجهزة التشخيصية وحسب توصـيات الـشركات المصنعة.	3.25	1.07	4	متوسط
35	يضع المستشفى الذي أعمل فيـه جـداول زمنيـة متوقعة لنتائج وتقارير الفحوصات المطلوبة (الأشعة والمختبر) للحالات الطارئة والروتينية.	3.24	1.05	5	متوسط
-	**المتوسط الحسابي العام**	**3.65**	**0.84**	-	**مرتفع**

يتضح من الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي العام لتصورات أفـراد العينـة نحو بعد الخدمات التشخيصية قد بلغ (3.65)، وانحراف معياري (0.84)، ويمثـل درجة تقدير مرتفعة، وقد جاءت الفقرة (31) (يوفر المستشفى الـذي اعمـل فيـه خدمات بنك الدم على مدار 24 ساعة) في المرتبـة الأولـى بمتوسـط الحـسابي (3.98)، مما يدل على حرص إدارة المستشفيات المبحوثة على توفير خدمات نقـل الدم للمرضى الذين يحتاجون تلك الخدمة للحفاظ على حياتهم، في حين جاءت الفقرة (35) (يضع المستشفى الذي اعمل فيه جداول زمنيـة متوقعـة لنتـائج وتقـارير الفحوصات المطلوبة (الأشعة والمختبر) للحالات الطارئة والروتينية). في المرتبـة الأخيرة بمتوسط حسابي (3.24)، وهذا يدل على تقصير تلك المستشفيات المبحوثـة في هذا الجانب.

جدول رقم (13)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتصورات المبحوثين نحو التحسين المستمر

تسلسل الفقرات	محتوى الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب حسب المتوسط	المستوى حسب المتوسط
36	يضم المستشفى الذي أعمل فيه وحدة إدارية لتحسين الجودة.	3.65	1.00	1	مرتفع
37	يحرص المستشفى الذي أعمل فيه على إقامة برامج تدريبية تهدف إلى نشر ثقافة الجودة لدى العاملين.	3.17	1.10	2	متوسط
38	يحرص المستشفى الذي أعمل فيه على تقصي نقاط الضعف لإجراء التحسينات الضرورية لذلك.	2.98	1.09	3	متوسط
39	يهتم المستشفى الذي أعمل فيه باقتراحات العاملين نحو تحسين الجودة.	2.86	1.11	5	متوسط
40	يشترك جميع المدراء بما فيهم المدراء الصحيين (الأطباء الذين يشغلون مناصب إدارية) في دعم ثقافة التحسين المستمر في المستشفى.	2.90	1.15	4	متوسط
-	**المتوسط الحسابي العام**	**3.11**	**0.91**	-	**متوسط**

يتضح من الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي العام لتصورات أفـراد العينـة نحو بعد التحسين المستمر قد بلغ (3.11)، وانحراف معياري (0.91)، ويمثل درجة تقدير متوسطة، وقد جاءت الفقرة (36) (يضم المستشفى الذي اعمـل فيـه وحـدة إدارية لتحسين الجودة) في المرتبة الأولى بمتوسط الحسابي (3.65)، مما يدل على حرص إدارة المستشفيات المبحوثة على مواكبة التطور في جودة الخدمات المقدمـة للمرضى، في حين جاءت الفقرة (39) (يهتم المستشفى الذي اعمل فيه باقتراحـات العاملين نحو تحسين الجودة). في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (2.86)، الأمـر الذي يدل على عدم اهتمام المدراء بأراء العاملين وتفردهم بأتخـاذ القـرار وعـدم ايمانهم بمشاركة العاملين في اتخاذ القرار .

جدول رقم (14)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتصورات المبحوثين نحو المسؤولية القانونية والاجتماعية.

تسلسل الفقرات	محتوى الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب حسب المتوسط	المستوى حسب المتوسط
41	يقدم المستشفى الخدمات الصحية لمرضاها دون تمييز.	3.14	1.20	2	متوسط
42	يهتم المستشفى الذي اعمل باقتراحات المرضى.	2.89	1.14	4	متوسط
43	تسهل الإدارة حصول المريض على نشرات تبين حقوقه المعتمدة في المستشفى.	2.90	1.17	3	متوسط
44	يتم الحصول على موافقة المريض أو من ينوب عنه لجميع الإجراءات والخدمات الطبية الاعتيادية قبل تقديمها.	3.65	1.11	1	مرتفع
45	يوفر المستشفى الذي اعمل فيه موظفين متخصصين للتعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة.	2.53	1.18	5	متوسط
-	**المتوسط الحسابي العام**	**3.02**	**0.92**	-	**متوسط**

يتضح من الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي العام لتصورات أفـراد العينـة نحو بعد المسؤولية القانونية والاجتماعية قـد بلـغ (3.02)، وانحـراف معيـاري (0.92)، ويمثل درجة تقدير متوسطة، وقد جاءت الفقرة (44) (يتم الحصول علـى موافقة المريض أو من ينوب عنه لجميع الإجراءات والخدمات الطبية الاعتيادية قبل تقديمها) في المرتبة الأولى بمتوسط الحسابي (3.65)، مما يدل على حـرص إدارة المستشفيات المبحوثة على ضمان موافقة المريض أو مرافقيه على الخدمات المقدمة له، في حين جاءت الفقرة (45) (يوفر المستـشفى الـذي اعمـل فيـه مـوظفين متخصصين للتعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة). في المرتبة الأخيـرة بمتوسـط حسابي (2.53)، الأمر الذي يدل على عدم اهتمام الكادر المختص بتلبيـة حاجـات ذوي الاحتياجات الخاصة وقصورهم وابتعادهم عن محور عملهم الاساسي .

النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: ما مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية ؟

جدول رقم (15)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتصورات المبحوثين نحو جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية

تسلسل الفقرات	اسم المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب حسب المتوسط	المستوى حسب المتوسط
49-46	الاعتمادية	3.30	0.89	3	متوسط
53-50	الاستجابة	3.33	0.89	1	متوسط
57-54	التعاطف	3.31	0.95	2	متوسط
61-58	الأمان	3.14	0.83	4	متوسط
65-62	الجوانب المادية الملموسة	2.98	0.87	5	متوسط
-	**المتوسط الحسابي العام**	**3.22**	**0.77**	-	**متوسط**

تُشير المعطيات الإحصائية في الجدول (15) إلى أن تصورات المبحوثين لفقرات أبعاد المتغير التابع (نحو جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية) قد جاءت متوسطة بمتوسط حسابي (3.22)، وانحراف معياري (0.77). واحتل بعد الاستجابة المرتبة الأولى بمتوسط حسابي (3.33)، تلاه بعد التعاطف بمتوسط حسابي (3.31)، وجاء في المرتبة الثالثة، بعد الاعتمادية بمتوسط حسابي (3.30)، يلي ذلك في المرتبة الرابعة بعد الأمان بمتوسط حسابي (3.14)، وجاء في المرتبة الخامسة الأخيرة بعد الجوانب المادية الملموسة بمتوسط حسابي (2.98).

جدول رقم (16)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتصورات المبحوثين نحو الاعتمادية

تسلسل الفقرات	محتوى الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب حسب المتوسط	المستوى حسب المتوسط
46	يحرص المستشفى الذي أعمل فيه على تقديم الخدمة المناسبة لجميع المرضى.	3.37	1.02	2	متوسط
47	تنفذ الإجراءات الطبية في المستشفى الذي أعمل فيه وفقا لمواعيدها المحددة دون تأخير.	3.05	1.01	4	متوسط
48	تعتمد المستشفى الذي أعمل فيه الدقة في الفواتير المالية الصادرة منها.	3.46	1.08	1	متوسط
49	يواضب العاملين المستشفى الذي أعمل فيه على تقديم الخدمات الصحية للمرضى بشكل دؤوب.	3.31	1.04	3	متوسط
-	**المتوسط الحسابي العام**	**3.30**	**0.89**	-	**متوسط**

يتضح من الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي العام لتصورات أفـراد العينـة نحو بعد الاعتمادية قد بلغ (3.30)، وانحراف معياري (0.89)، ويمثل درجة تقدير متوسطة، وقد جاءت الفقرة (48) (تعتمد المستشفى الذي اعمل فيه الدقة في الفواتير المالية الصادرة منها) في المرتبة الأولى بمتوسط الحسابي (3.46)، مما يدل علـى دقة العمل المحاسبي في المستشفيات المبحوثة، في حين جاءت الفقـرة (47) (تنفـذ الإجراءات الطبية في المستشفى الذي اعمل فيـه وفقـا لمواعيـدها المحـددة دون تأخير). في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (3.05)، وقـد يعـزى ذلـك لكثـرة المرضى المراجعين للمستشفيات المبحوثة.

جدول رقم (17)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتصورات المبحوثين نحو الاستجابة

تسلسل الفقرات	محتوى الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب حسب المتوسط	المستوى حسب المتوسط
50	تقدم المستشفى الذي أعمل فيه الخدمات الطبية الطارئة دون الانتظار لمعرفة التفاصيل الرسمية للحالة.	3.38	1.08	1	متوسط
51	يبدي العاملين في المستشفى الذي أعمل فيه استعداد لتلبية كل حاجات المرضى الصحية.	3.35	1.00	2	متوسط
52	يرغب العاملون في المستشفى الذي أعمل فيه بتقديم المساعدة للمرضى باستمرار.	3.35	1.01	2	متوسط
53	يظهر العاملون في المستشفى الذي أعمل فيه استجابة سريعة للتعامل مع المشاكل التي تواجههم.	3.25	1.02	3	متوسط
-	**المتوسط الحسابي العام**	**3.33**	**0.89**	-	**متوسط**

يتضح من الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي العام لتصورات أفـراد العينـة نحو بعد الاستجابة قد بلغ (3.33)، وانحراف معياري (0.89)، ويمثل درجة تقدير متوسطة، وقد جاءت الفقرة (50) (تقدم المستشفى الذي اعمل فيه الخدمات الطبيـة الطارئة دون الانتظار لمعرفة التفاصيل الرسمية للحالة) في المرتبة الأولى بمتوسط الحسابي (3.38)، مما يدل على حرص المستشفيات المبحوثة على إعطاء الأولويـة للحالات الطارئة للحفاظ على حياة المرضى، في حين جاءت الفقرة (53) (يظهـر العاملون في المستشفى الذي اعمل فيه استجابة سريعة للتعامل مع المـشاكل التـي تواجههم). في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (3.25)، وقد يعـزى ذلـك لكثـرة المرضى المراجعين للمستشفيات المبحوثة وكثرة الأعباء الملقاة على عاتق العاملين في تلك المستشفيات المبحوثة.

جدول رقم (18)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتصورات المبحوثين نحو التعاطف

تسلسل الفقرات	محتوى الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب حسب المتوسط	المستوى حسب المتوسط
54	يتعاطف العاملون في المستشفى الذي أعمل فيه مع المرضى بطريقة إنسانية.	3.43	1.04	1	متوسط
55	تضع إدارة المستشفى الذي أعمـل فيه مصلحة المريض أولاً.	3.43	1.12	1	متوسط
56	يتعامل كادر المستشفى الذي أعمل فيه مع المرضى على أساس روح المرح والصداقة.	3.20	1.11	2	متوسط
57	يبدي العاملون في المستشفى الذي أعمل فيه اهتماماً لجميع المرضى دون استثناء.	3.20	1.09	2	متوسط
-	**المتوسط الحسابي العام**	**3.31**	**0.95**	-	**متوسط**

يتضح من الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي العام لتصورات أفـراد العينـة نحو بعد التعاطف قد بلغ (3.31)، وانحراف معياري (0.95)، ويمثل درجة تقـدير متوسطة، وقد جاءت الفقرات (54، 55) (يتعاطف العاملون في المستـشفى الـذي اعمل فيه مع المرضى بطريقة إنسانية. تضع إدارة المستشفى الـذي اعمـل فيـه مصلحة المريض أولاً) في المرتبة الأولى بمتوسط الحسابي (3.43)، مما يدل على حرص المستشفيات المبحوثة على الحفاظ على حياة المرضى، فـي حـين جـاءت الفقرتين (56، 57) (يتعامل كادر المستشفى الذي اعمل فيه مع المرضى على أساس روح المرح والصداقة. يبدي العاملون في المستشفى الذي اعمل فيه اهتماماً لجميـع المرضى دون استثناء). في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (3.20)، وقد يعـزى ذلك لكثرة الأعباء الملقاة على عاتق العاملين في تلك المستشفيات المبحوثة.

جدول رقم (19)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتصورات المبحوثين نحو الأمان

تسلسل الفقرات	محتوى الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب حسب المتوسط	المستوى حسب المتوسط
58	يمتلك العاملون في المستشفى الذي أعمل فيه المعرفة الكافية للإجابة على أسئلة المرضى واستفساراتهم.	3.31	0.96	2	متوسط
59	يمتلك العاملون في المستشفى الذي أعمل فيه المهارات الكافية لتقديم الخدمات الطبية بشكل جيد.	3.37	0.94	1	متوسط
60	يتوفر عدد كافي من الكادر الطبي الذي يقدم الخدمات الصحية لكل مريض.	2.84	1.10	4	متوسط
61	يعزز الكادر الطبي للمستشفى الثقة في نفوس المرضى.	3.07	1.04	3	متوسط
-	**المتوسط الحسابي العام**	**3.14**	**0.83**	-	**متوسط**

يتضح من الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي العام لتصورات أفـراد العينـة نحو بعد الأمان قد بلغ (3.14)، وانحراف معياري (0.83)، ويمثل درجـة تقـدير متوسطة، وقد جاءت الفقرة (59) (يمتلك العاملون في المستشفى الذي اعمـل فيـه المهارات الكافية لتقديم الخدمات الطبية بشكل جيد) في المرتبـة الأولـى بمتوسـط الحسابي (3.37)، مما يدل على حرص المستشفيات المبحوثة على تأهيل العـاملين في المستشفيات المبحوثة كونهم يقدمون خدمات صحية تتعلق بحياة المرضى، فـي حين جاءت الفقرتين (60) (يتوفر عدد كافي من الكادر الطبي الذي يقدم الخـدمات الصحية لكل مريض). في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (2.84)، وقد يعزى ذلك لاعتبارات التوظيف في الأردن وانخفاض مخصصات التوظيف فـي المستـشفيات المبحوثة.

جدول رقم (20)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتصورات المبحوثين نحو الجوانب المادية الملموسة.

تسلسل الفقرات	محتوى الفقرة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب حسب المتوسط	المستوى حسب المتوسط
62	يتوفر لدى المستشفى معدات وأجهزة تقنية حديثة.	3.07	1.11	2	متوسط
63	يتوفر المستشفى الذي أعمـل فيـه مواقــف لــسيارات المرضــى والزائرين.	2.78	1.09	4	متوسط
64	يبدو الكادر الطبي على درجة عالية من حسن المظهر في لباس الـزى الرسمي.	3.26	1.04	1	متوسط
65	يمتاز موقع المستشفى الذي أعمـل فيه بأنه مناسب يخلق جو من الراحة والهدوء للمرضى.	2.83	1.14	3	متوسط
-	**المتوسط الحسابي العام**	**2.98**	**0.87**	-	**متوسط**

يتضح من الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي العام لتصورات أفـراد العينـة نحو بعد الجوانب المادية الملموسة قد بلغ (2.98)، وانحـراف معيـاري (0.87)، ويمثل درجة تقدير متوسطة، وقد جاءت الفقرة (64) (يبدو الكادر الطبي على درجة عالية من حسن المظهر في لباس الزى الرسمي) فـي المرتبـة الأولـى بمتوسـط الحسابي (3.26)، مما يدل على حرص المستشفيات المبحوثة على الالتزام بالقوانين والأنظمة الصحية، في حين جاءت الفقرة (63) (يتوفر المستشفى الذي اعمـل فيـه مواقف لسيارات المرضى والزائرين) في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي (2.78)، وقد يعزى ذلك لنقص الإمكانات المالية وشح موارد تلك المستشفيات.

اختبار الفرضيات:

قبل تطبيق تحليل الانحدار لاختبار فرضية الدراسة الرئيسة الأولى، تم إجراء بعض الاختبارات، وذلك من أجل ضمان ملاءمة البيانات لافتراضات تحليل الانحدار وذلك على النحو التالي: فيما يتعلق بافتراض ضرورة عدم وجود ارتباط عالٍ بين المتغيرات المستقلة Multi-Collinearity قامت الباحثة بإجراء معامل تضخم التباين Variance Inflation Factor- VIF، واختبار التباين المسموح به Tolerance لكل متغير من المتغيرات المستقلة، ويشير الجدول رقم (20) إلى أنه إذا كان معامل تضخم التباين (VIF) للمتغير يتجاوز (10) وكانت قيمة التباين المسموح به أقل من (0.05) فإنه يمكن القول إن هذا المتغير له ارتباط عالٍ مع متغيرات مستقلة أخرى وبالتالي سيؤدي إلى حدوث مشكلة في تحليل الانحدار. وقد تم الاعتماد على هذه القاعدة لاختبار الارتباط Multicollinearity بين المتغيرات المستقلة. وكما يشير الجدول (21) والذي يحتوي على المتغيرات المستقلة وقيمة معامل تضخم التباين (VIF) والتباين المسموح Tolerance لكل متغير، نلاحظ أن قيمة (VIF) لجميع المتغيرات كانت أقل من (10)، وتتراوح (2.05-3.91)، كما نلاحظ أن قيمة التباين المسموح Tolerance لجميع المتغيرات كانت أكبر من (0.05) وتتراوح بين (0.25-0.48)، لذلك يمكن القول إنه لا توجد مشكلة حقيقية تتعلق بوجود ارتباط عالٍ بين المتغيرات المستقلة.

جدول (21)

اختبار معامل تضخم التباين والتباين المسموح به ومعامل الالتواء

المتغيرات	**التباين المسموح به Tolerance**	**معامل تقييم التباين (VIF)**	**معامل الالتواء Skewness**
دعم الإدارة العليا	0.36	2.74	0.21-
العناية بالمريض	0.28	3.56	0.37-
أنظمة السلامة	0.25	3.91	0.38-
إدارة المعلومات	0.48	2.05	0.55-
الخدمات الشخصية	0.47	2.12	0.49-
التحسين المستمر للجودة	0.26	3.71	0.28-
الخدمات الفندقية	0.32	3.12	0.02
تنمية الموارد البشرية	0.28	3.55	0.02-
المسؤولية القانونية والاجتماعية	0.30	3.25	0.18-

ومن أجل التحقق من توافر التوزيع الطبيعي Normal Distribution للبيانات فقد تم الاستناد إلى احتساب قيمة معامل الالتواء (Skewness) للمتغيرات، وكما يشير الجدول (20) فإن قيمة معامل الالتواء لجميع متغيرات العامل المستقل للدراسة كانت أقل من (1)، لذلك يمكن القول إنه لا توجد مشكلة حقيقية تتعلق بالتوزيع الطبيعي لبيانات الدراسة.

الفرضية الرئيسية الأولى: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($0.05\geq\alpha$) لتطبيق معايير الاعتماد الوطنية للمستشفيات بأبعادها (دعم الإدارة العليا، العناية بالمريض، أنظمة السلامة، إدارة المعلومات، الخدمات التشخيصية، التحسين المستمر للجودة، الخدمات الفندقية، تنمية الموارد البشرية، المسؤولية القانونية والاجتماعية) على جودة الخدمات الصحية بأبعادها (الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف، الملموسية).

جدول (22)

نتائج تحليل التباين للانحدار(Analysis Of variance) للتأكد من صلاحية الانموذج لاختبار الفرضية الرئيسية الأولى.

المتغير التابع	المصدر	قيمة R^2 معامل التحديد التراكمي	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F المحسوبة	مستوى دلالة F
جودة الخدمات الصحية	الانحدار الخطأ	0.77	197.21 58.86	9 416	21.91	*154.87	0.00

*** ذات دلالة إحصائية على مستوى ($\alpha \le 0.05$)**

يوضح الجدول رقم (22) صلاحية الانموذج لاختبار فرضيات الدراسة، ونظراً لارتفاع قيمة (F) المحسوبة عن قيمتها الجدولية على مستوى دلالة ($\alpha \le 0.05$) ودرجات حرية (9، 416)، حيث إن أبعاد معايير الاعتماد الوطنية للمستشفيات تفسر (76.5%) من التباين في بعد (جودة الخدمات الصحية) .

الفَرضية الفرعية الأولى: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \ge \alpha$) لتطبيق معايير الاعتماد الوطنية للمستشفيات بأبعادها (دعم الإدارة العليا، العناية بالمريض، أنظمة السلامة، إدارة المعلومات، الخدمات التشخيصية، التحسين المستمر للجودة، الخدمات الفندقية، تنمية الموارد البشرية، المسؤولية القانونية والاجتماعية) على الاعتمادية.

جدول (23)

نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر أبعاد معايير الاعتماد الوطنية للمستشفيات في الاعتمادية

معايير الاعتماد الوطنية للمستشفيات	B	**الخطأ المعياري**	Beta	**قيمة t المحسوبة**	**مستوى دلالة t**
دعم الإدارة العليا	013.-	040.	014.-	0.32-	0.74
العناية بالمريض	038.	050.	036.	0.74	0.45
أنظمة السلامة	113.	051.	111.	**2.20***	**0.02**
إدارة المعلومات	072.	039.	067.	1.84	0.06
الخدمات التشخيصية	179.	039.	170.	**4.58***	**0.00**
التحسين المستمر للجودة	062.	048.	063.	1.29	0.19
الخدمات الفندقية	081.	046.	078.	1.74	0.08
تنمية الموارد البشرية	179.	049.	175.	**3.65***	**0.00**
المسؤولية القانونية والاجتماعية	300.	044.	311.	**6.79***	**0.00**

*** دالة إحصائياً على مستوى ($\alpha \leq 0.05$)**

يتضح من النتائج الإحصائية الواردة في الجدول السابق، ومن متابعة قيم اختبار (t) أن المتغيرات الفرعية التالية (أنظمة السلامة، الخدمات التشخيصية، تنمية الموارد البشرية، المسؤولية القانونية والاجتماعية) لها تأثير في بعد الاعتمادية، اعتمادا على معنوية قيم (t) المحسوبة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) المبينة في الجدول ذاته. في حين بينت النتائج أن المتغيرات الفرعية التالية (دعم الإدارة العليا، العناية بالمريض، إدارة المعلومات، التحسين المستمر للجودة، الخدمات الفندقية) ليس لها تأثير في بعد الاعتمادية كون قيم (t) المحسوبة المناظرة لها غير معنوية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

الفرضية الفرعية الثانية: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) لتطبيق معايير اعتماد المستشفيات بأبعادها (دعم الإدارة العليا، العناية بالمريض، أنظمة السلامة، إدارة المعلومات، الخدمات التشخيصية، التحسين المستمر للجودة، الخدمات الفندقية، تنمية الموارد البشرية، المسؤولية القانونية والاجتماعية) على الاستجابة.

جدول (24)

نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر أبعاد معايير الاعتماد الوطنية للمستشفيات في الاستجابة

معايير الاعتماد الوطنية للمستشفيات	B	الخطأ المعياري	Beta	قيمة t المحسوبة	مستوى دلالة t
دعم الإدارة العليا	066.-	050.	070.-	1.33-	0.18
العناية بالمريض	175.	063.	165.	**2.76***	**0.00**
أنظمة السلامة	093.	064.	091.	1.45	0.14
إدارة المعلومات	093.	049.	086.	1.89	0.05
الخدمات التشخيصية	168.	049.	158.	**3.44***	**0.00**
التحسين المستمر للجودة	024.	060.	025.	0.40	0.68
الخدمات الفندقية	009.	058.	008.	0.15	0.88
تنمية الموارد البشرية	089.	061.	087.	1.45	0.14
المسؤولية القانونية والاجتماعية	323.	055.	332.	**5.83***	**0.00**

*** دالة إحصائياً على مستوى ($\alpha \leq 0.05$)**

يتضـح من النتائج الإحصائية الواردة في الجدول السابق، ومن متابعة قيم اختبار (t) أن المتغيرات الفرعية التالية (العناية بالمريض، الخدمات التشخيصية، المسؤولية القانونية والاجتماعية) لها تأثير في بعد الاستجابة، اعتمادا على معنوية قيم (t) المحسوبة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) المبينة في الجدول ذاته. في حين بينت النتائج أن المتغيرات الفرعية التالية (دعم الإدارة العليا، أنظمة السلامة، إدارة المعلومات، التحسين المستمر للجودة، الخدمات الفندقية، تنمية الموارد البشرية) ليس لها تأثير في بعد الاستجابة كون قيم (t) المحسوبة المناظرة لها غير معنوية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

الفرضية الفرعية الثالثة: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) لتطبيق معايير اعتماد المستشفيات بأبعادها (دعم الإدارة العليا، العناية بالمريض، أنظمة السلامة، إدارة المعلومات، الخدمات التشخيصية، التحسين المستمر للجودة، الخدمات الفندقية، تنمية الموارد البشرية، المسؤولية القانونية والاجتماعية) على الأمان.

جدول (25)

نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر أبعاد معايير الاعتماد الوطنية للمستشفيات في الأمان.

معايير الاعتماد الوطنية للمستشفيات	B	الخطأ المعياري	Beta	قيمة t المحسوبة	مستوى دلالة t
دعم الإدارة العليا	032.	045.	036.	0.70	0.48
العناية بالمريض	066.	057.	067.	1.15	0.25
أنظمة السلامة	126.	059.	132.	**2.14***	**0.03**
إدارة المعلومات	018.	044.	018.	394.	0.69
الخدمات التشخيصية	082.	045.	083.	1.83	0.06
التحسين المستمر للجودة	033.	054.	036.	601.	0.54
الخدمات الفندقية	187.	053.	195.	**3.55***	**0.00**
تنمية الموارد البشرية	091.	056.	095.	1.62	0.10
المسؤولية القانونية والاجتماعية	212.	050.	235.	**4.20***	**0.00**

*** دالة إحصائياً على مستوى ($\alpha \leq 0.05$)**

يتضـح من النتائج الإحصائية الواردة في الجدول السابق، ومن متابعة قيم اختبار (t) أن المتغيرات الفرعية التالية (أنظمة السلامة، الخدمات الفندقية، المسؤولية القانونية والاجتماعية) لها تأثير في بعد الأمان، اعتمادا على معنوية قيم (t) المحسوبة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) المبينة في الجدول ذاته. في حين بينت النتائج أن المتغيرات الفرعية التالية (دعم الإدارة العليا، العناية بالمريض، إدارة المعلومات، الخدمات التشخيصية، التحسين المستمر للجودة، تنمية الموارد البشرية) ليس لها تأثير في بعد الأمان كون قيم (t) المحسوبة المناظرة لها غير معنوية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

الفرضية الفرعية الرابعة: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) لتطبيق معايير اعتماد المستشفيات بأبعادها (دعم الإدارة العليا، العناية بالمريض ، أنظمة السلامة، إدارة المعلومات، الخدمات التشخيصية، التحسين المستمر للجودة، الخدمات الفندقية، تنمية الموارد البشرية، المسؤولية القانونية والاجتماعية) على التعاطف.

جدول (26)

نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر أبعاد معايير الاعتماد الوطنية للمستشفيات في التعاطف.

معايير الاعتماد الوطنية للمستشفيات	B	الخطأ المعياري	Beta	قيمة t المحسوبة	مستوى دلالة t
دعم الإدارة العليا	063.-	054.	062.-	1.17-	0.24
العناية بالمريض	193.	068.	171.	***2.81**	**0.00**
أنظمة السلامة	142.	070.	130.	***2.04**	**0.04**
إدارة المعلومات	080.	053.	070.	1.52	0.12
الخدمات التشخيصية	164.	053.	145.	***3.09**	**0.00**
التحسين المستمر للجودة	011.	065.	010.	0.16	0.86
الخدمات الفندقية	048.-	063.	044.-	0.77-	0.44
تنمية الموارد البشرية	126.	067.	114.	1.89	0.05
المسؤولية القانونية والاجتماعية	343.	060.	332.	***5.72**	**0.00**

*** دالة إحصائياً على مستوى ($\alpha \leq 0.05$)**

يتضـح من النتائج الإحصائية الواردة في الجدول السابق، ومن متابعة قيم اختبار (t) أن المتغيرات الفرعية التالية (العناية بالمريض، أنظمة السلامة، الخدمات التشخيصية، المسؤولية القانونية والاجتماعية) لها تأثير في بعد التعاطف، اعتمادا على معنوية قيم (t) المحسوبة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) المبينة في الجدول ذاته. في حين بينت النتائج أن المتغيرات الفرعية التالية (دعم الإدارة العليا، إدارة المعلومات، التحسين المستمر للجودة، الخدمات الفندقية، تنمية الموارد البشرية) ليس لها تأثير في بعد التعاطف كون قيم (t) المحسوبة المناظرة لها غير معنوية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

الفرضية الفرعية الخامسة: لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) لتطبيق معايير اعتماد المستشفيات بأبعادها (دعم الإدارة العليا، العناية بالمريض، أنظمة السلامة، إدارة المعلومات، الخدمات التشخيصية، التحسين المستمر للجودة، الخدمات الفندقية، تنمية الموارد البشرية، المسؤولية القانونية والاجتماعية) على الملموسية.

جدول (27)

نتائج تحليل الانحدار المتعدد لاختبار أثر أبعاد معايير الاعتماد الوطنية للمستشفيات في الملموسية.

معايير الاعتماد الوطنية للمستشفيات	B	الخطأ المعياري	Beta	قيمة t المحسوبة	مستوى دلالة t
دعم الإدارة العليا	058.	052.	063.	1.12	0.26
العناية بالمريض	058.	066.	056.	876.	0.38
أنظمة السلامة	136.-	068.	135.-	***2.01-**	**0.04**
إدارة المعلومات	025.	051.	024.	0.49	0.62
الخدمات التشخيصية	033.	051.	032.	0.64	0.52
التحسين المستمر للجودة	063.	063.	066.	1.01	0.31
الخدمات الفندقية	344.	061.	339.	***5.66**	**0.00**
تنمية الموارد البشرية	177.	065.	175.	***2.74**	**0.00**
المسؤولية القانونية والاجتماعية	185.	058.	194.	***3.18**	**0.00**

*** دالة إحصائياً على مستوى ($\alpha \leq 0.05$)**

يتضـح من النتائج الإحصائية الواردة في الجدول السابق، ومن متابعة قيم اختبار (t) أن المتغيرات الفرعية التالية (أنظمة السلامة، الخدمات الفندقية، تنمية الموارد البشرية، المسؤولية القانونية والاجتماعية) لها تأثير في بعد الملموسية، اعتمادا على معنوية قيم (t) المحسوبة عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) المبينة في الجدول ذاته. في حين بينت النتائج أن المتغيرات الفرعية التالية (دعم الإدارة العليا، العناية بالمريض، إدارة المعلومات، الخدمات التشخيصية، التحسين المستمر للجودة) ليس لها تأثير في بعد الملموسية كون قيم (t) المحسوبة المناظرة لها غير معنوية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).

الفرضية الرئيسية الثانية: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($0.05 \geq \alpha$) في تصورات المبحوثين نحو تطبيق معايير اعتماد المستشفيات بأبعادها مجتمعة تعزى للمتغيرات الشخصية والوظيفية (النوع الاجتماعي، العمر، المؤهل العلمي، الخبرة العملية، المستوى الوظيفي).

جدول رقم (28)

نتيجة اختبار (T.test) للتعرف على الفروق في تصورات العاملين نحو تطبيق معايير اعتماد المستشفيات بأبعادها مجتمعة تعزى للنوع الاجتماعي.

المتغير المستقل	فئات متغير النوع الاجتماعي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T	الدلالة الإحصائية
النوع الاجتماعي	ذكر	3.29	0.69	1.52	0.12
	أنثى	3.18	0.77		

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تصورات العاملين نحو تطبيق معايير اعتماد المستـشفيات بأبعادهـا مجتمعـة تبعـاً للنـوع الاجتماعي، اعتمادا على عدم معنوية قيمة (T) المحـسوبة البالغـة (1.52) عنـد مستوى دلالة ($\alpha \geq 0.05$).

جدول رقم (29)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتصورات العاملين نحو تطبيق معايير اعتماد المستشفيات بأبعادها مجتمعة حسب متغيرات (العمر، المؤهل العلمي، الخبرة العملية، المستوى الوظيفي).

المتغيرات الوظيفية والشخصية	فئات المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
العمر	30 سنة فاقل	3.15	0.72
	31-40 سنة	3.22	0.74
	41-50 سنة	3.33	0.75
	51 سنة فأكثر	3.59	0.65
المؤهل العلمي	ثانوية عامة فما دون	3.53	0.76
	دبلوم	3.11	0.70
	بكالوريوس	3.25	0.76
	دراسات عليا	3.31	0.65
الخبرة العملية	5 سنوات فاقل	3.22	0.73
	6-15 سنة	3.12	0.73
	16-25 سنة	3.46	0.62
	26 سنة فأكثر	3.40	0.95
المستوى الوظيفي	مدير	3.68	0.79
	رئيس قسم	3.51	0.75
	موظف	3.18	0.72

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية، ولمعرفة فيما إذا كانت تلك الفروق ذات دلالة إحصائية، تم إجراء تحليل التباين الأحادي، والجدول التالي يبين النتائج:

جدول رقم (30)

تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق في تصورات العاملين نحو تطبيق معايير اعتماد المستشفيات بأبعادها مجتمعة حسب متغيرات (العمر، المؤهل العلمي، الخبرة العملية، المستوى الوظيفي).

المتغير المستقل	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
العمر	بين المجموعات	4.95	3	1.65	***3.08**	**0.02**
	خلال المجموعات	226.40	422	0.53		
	الإجمالي	231.36	425			
المؤهل العلمي	بين المجموعات	5.27	3	1.75	***3.27**	**0.02**
	خلال المجموعات	226.09	422	0.53		
	الإجمالي	231.36	425			
الخبرة العملية	بين المجموعات	6.83	3	2.27	***4.28**	**0.00**
	خلال المجموعات	224.53	422	0.53		
	الإجمالي	231.36	425			
المستوى الوظيفي	بين المجموعات	7.46	2	3.73	***7.05**	**0.00**
	خلال المجموعات	223.89	423	0.52		
	الإجمالي	231.36	425			

*** ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$).**

تُشير المعطيات الإحصائية في الجدول السابق إلى انه يوجد فروقات ذات دلالة إحصائية في تصورات العاملين نحو تطبيق معايير اعتماد المستشفيات بأبعادها مجتمعة حسب متغيرات (العمر، المؤهل العلمي، الخبرة العملية، المستوى الوظيفي)، وذلك اعتمادا على معنوية قيمة (F) المحسوبة الظاهرة في الجدول ذاته عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$). ولتحديد مصادر الفروق تم إجراء اختبار LSD للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية، فيما يتعلق بمتغير العمر فقد كانت

الفروق لصالح الفئة العمرية (51 سنة فأكثر) على حساب الفئات العمرية (30 سنة فأقل، 31-40 سنة). وبخصوص المؤهل العلمي فقد بينت النتائج أن الفروق كانت لصالح حملة درجة الثانوية العامة فما دون على حساب حملة درجة الدبلوم. أما ما يتعلق بمتغير الخبرة فقد أشارت النتائج أن الفروق كانت لصالح ذوي الخبرة (16-25 سنة) على حساب ذوي الخبرات (5 سنوات فاقل، 6-15 سنة). وأخيراً بينت النتائج أن الفروق كانت لصالح المدراء ورؤساء الأقسام على حساب الموظفين. والجدول التالي يبين النتائج:

جدول رقم (31)

نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لمتغيرات (العمر ،المؤهل العلمي، الخبرة العملية، المستوى الوظيفي)

المتغير الوظيفي المستقل		المتوسطات الحسابية	30 سنة فاقل	31-40 سنة	41-50 سنة	51 سنة فأكثر
العمر	30 سنة فاقل	3.16	-	0.06	0.18	**0.43***
	31-40 سنة	3.22	-	-	0.11	**0.37***
	41-50 سنة	3.34	-	-	-	0.25
	51 سنة فأكثر	3.60	-	-	-	-
المتغير الوظيفي المستقل		**المتوسطات الحسابية**	ثانوية عامة فما دون	دبلوم	بكالوريوس	دراسات عليا
المؤهل العلمي	ثانوية عامة فما دون	3.53	-	**0.34***	0.28	0.22
	دبلوم	3.11	-	-	0.14	0.20
	بكالوريوس	3.25	-	-	-	0.06
	دراسات عليا	3.31	-	-	-	-
المتغير الوظيفي المستقل		**المتوسطات الحسابية**	5 سنوات فاقل	6-15 سنة	16-25 سنة	26 سنة فأكثر
الخبرة العملية	5 سنوات فاقل	3.22	-	0.10	**0.24***	0.17
	6-15 سنة	3.12	-	-	**0.34***	0.27
	16-25 سنة	3.46	-	-	-	0.06
	26 سنة فأكثر	3.40	-	-	-	-
المتغير الوظيفي المستقل		**المتوسطات الحسابية**	مدير		رئيس قسم	موظف
المستوى الوظيفي	**مدير**	3.68	-		0.16	**0.50***
	رئيس قسم	3.51	-		-	**0.33***
	موظف	3.18	-		-	-

الفرضية الرئيسية الثالثة: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α≤0.05) في تصورات المبحوثين نحو جودة الخدمات الصحية بأبعادها مجتمعة تعزى للمتغيرات الشخصية والوظيفية (النوع الاجتماعي، العمر، المؤهل العلمي، الخبرة العملية، المستوى الوظيفي).

جدول رقم (32)

نتيجة اختبار (T.test) للتعرف على الفروق في تصورات العاملين نحو جودة الخدمات الصحية بأبعادها مجتمعة تعزى للنوع الاجتماعي.

المتغير المستقل	فئات متغير النوع الاجتماعي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T	الدلالة الإحصائية
النوع الاجتماعي	ذكر	3.33	0.69	**2.52***	**0.012**
	أنثى	3.19	0.82		

*** ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α≤0.05).**

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تصورات العاملين نحو جودة الخدمات الصحية بأبعادها مجتمعة تبعاً للنوع الاجتماعي، اعتمادا على معنوية قيمة (T) المحسوبة البالغة (2.52) عند مستوى دلالة (α≤0.05). وقد كانت الفروق لصالح الذكور ذوي المتوسط الحسابي الأعلى.

جدول رقم (33)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتصورات العاملين نحو جودة الخدمات الصحية بأبعادها مجتمعة حسب متغيرات (العمر، المؤهل العلمي، الخبرة العملية، المستوى الوظيفي).

المتغير المستقل	فئات المتغير المستقل	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
	30 سنة فاقل	3.13	0.80
العمر	31-40 سنة	3.20	0.77
	41-50 سنة	3.34	0.71
	51 سنة فأكثر	3.55	0.65
المتغير المستقل	**فئات المتغير المستقل**	**المتوسط الحسابي**	**الانحراف المعياري**
	ثانوية عامة فما دون	3.47	0.77
المؤهل العلمي	دبلوم	3.05	0.79
	بكالوريوس	3.26	0.79
	دراسات عليا	3.33	0.53
المتغير المستقل	**فئات المتغير المستقل**	**المتوسط الحسابي**	**الانحراف المعياري**
	5 سنوات فاقل	3.21	0.81
المؤهل العلمي	6-15 سنة	3.11	0.74
	16-25 سنة	3.41	0.69
	26 سنة فأكثر	3.37	0.93
المتغير المستقل	**فئات المتغير المستقل**	**المتوسط الحسابي**	**الانحراف المعياري**
المستوى الوظيفي	مدير	3.54	0.69
	رئيس قسم	3.48	0.80
	موظف	3.17	0.76

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ظاهرية بين المتوسطات الحسابية، ولمعرفة فيما إذا كانت تلك الفروق ذات دلالة إحصائية، تم إجراء تحليل التباين الأحادي، والجدول التالي يبين النتائج:

جدول رقم (34)

تحليل التباين الأحادي لمعرفة الفروق في تصورات العاملين نحو جودة الخدمات الصحية بأبعادها مجتمعة حسب متغيرات (العمر، المؤهل العلمي، الخبرة العملية، المستوى الوظيفي).

المتغير المستقل	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
العمر	بين المجموعات	4.84	3	1.61	***2.71**	**0.04**
	خلال المجموعات	251.22	422	0.59		
	الإجمالي	256.07	425			
المؤهل العلمي	بين المجموعات	6.81	3	2.27	***3.84**	**0.01**
	خلال المجموعات	249.25	422	0.59		
	الإجمالي	256.07	425			
الخبرة العملية	بين المجموعات	5.39	3	1.79	***3.02**	**0.02**
	خلال المجموعات	250.67	422	0.59		
	الإجمالي	256.07	425			
المستوى الوظيفي	بين المجموعات	5.59	2	2.79	***4.72**	**0.00**
	خلال المجموعات	250.47	423	0.59		
	الإجمالي	256.07	425			

*** ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \le 0.05$).**

تُشير المعطيات الإحصائية في الجدول السابق إلى انه يوجد فروقات ذات دلالة إحصائية في تصورات العاملين نحو جودة الخدمات الصحية بأبعادها مجتمعة حسب متغيرات (العمر، المؤهل العلمي، الخبرة العملية، المستوى الوظيفي)، وذلك اعتمادا على معنوية قيمة (F) المحسوبة الظاهرة في الجدول ذاته عند مستوى دلالة ($\alpha \le 0.05$). ولتحديد مصادر الفروق تم إجراء اختبار LSD للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية، ففيما يتعلق بمتغير العمر فقد كانت الفروق لصالح الفئة العمرية (51 سنة فأكثر) على حساب الفئات العمرية (30 سنة فأقل، 31-40 سنة). وبخصوص المؤهل العلمي فقد بينت النتائج أن الفروق كانت لصالح حملة درجة

الثانوية العامة فما دون وحملة درجتي البكالوريوس والدراسات العليا على حساب حملة درجة الدبلوم. أما ما يتعلق بمتغير الخبرة فقد أشارت النتائج أن الفروق كانت لصالح ذوي الخبرة (16-25 سنة) على حساب ذوي الخبرة (6-15 سنة). وأخيراً بينت النتائج أن الفروق كانت لصالح رؤساء الأقسام على حساب الموظفين. والجدول التالي يبين النتائج:

جدول رقم (35)

نتائج اختبار LSD للمقارنات البعدية بين المتوسطات الحسابية لمتغيرات (العمر ,المؤهل العلمي، الخبرة العملية، المستوى الوظيفي)

المتغير الوظيفي المستقل		المتوسطات الحسابية	30 سنة فاقل	31-40 سنة	41-50 سنة	51 سنة فأكثر
العمر	30 سنة فاقل	3.13	-	0.064	0.20	***0.41**
	31-40 سنة	3.20	-	-	0.13	***0.34**
	41-50 سنة	3.34	-	-	-	0.20
	51 سنة فأكثر	3.55	-	-	-	-
المتغير الوظيفي المستقل		**المتوسطات الحسابية**	ثانوية عامة فما دون	دبلوم	بكالوريوس	دراسات عليا
المؤهل العلمي	ثانوية عامة فما دون	3.47	-	***0.41**	0.20	0.13
	دبلوم	3.05	-	-	***0.21**	***0.27**
	بكالوريوس	3.26	-	-	-	0.06
	دراسات عليا	3.33	-	-	-	-
المتغير الوظيفي المستقل		**المتوسطات الحسابية**	5 سنوات فاقل	6-15 سنة	16-25 سنة	26 سنة فأكثر
الخبرة العملية	5 سنوات فاقل	3.21	-	0.10	0.20	0.16
	6-15 سنة	3.11	-	-	***0.30**	0.26
	16-25 سنة	3.41	-	-	-	0.03
	26 سنة فأكثر	3.37	-	-	-	-
المتغير الوظيفي المستقل		**المتوسطات الحسابية**	مدير	رئيس قسم	موظف	
المستوى الوظيفي	**مدير**	3.54	-	0.06	0.37	
	رئيس قسم	3.48	-	-	***0.30**	
	موظف	3.17	-	-	-	

2.4 مناقشة النتائج:

فيما يلي مناقشة النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية:

إن تصورات المبحوثين لفقرات أبعاد المتغير المستقل (معايير الاعتماد) في المستشفيات الحكومية قد جاءت معظمها متوسطة. واحتل بعد الخدمات التشخيصية المرتبة الأولى، تلاه بعد إدارة المعلومات، وجاء في المرتبة الثالثة بعد أنظمة السلامة، يلي ذلك في المرتبة الرابعة بعد العناية بالمريض، ثم بعد دعم الإدارة العليا، ثم جاء في المرتبة السادسة بعد التحسين المستمر، وجاء في المرتبة التالية بعدي تنمية الموارد البشرية، المسؤولية القانونية والاجتماعية، وأخيراً جاء بعد الخدمات الفندقية.

يستدل من النتائج أعلاه أن المستشفيات المبحوثة توفر خدمات تشخيص المريض سريرياً ومخبرياً لتقديم الخدمة الصحية ضمن مواصفات الجودة. وتدير المعلومات بشكل يضمن خصوصية المريض، وتعمل على الاحتفاظ بملفات طبية لكل مريض يسهل الرجوع إليها لتقييم حالته الصحية. كما أنها تعمل على الالتزام بالأنظمة المعمول بها من حيث حرصها على تأمين الشروط المساعدة في تأكيد بيئة سليمة، وإدارة الحالات الطارئة، وإعداد خطط للتخلص من المواد الضارة والسامة، وتجنب حالات العدوى للمرضى والمرافقين. إشراك العاملين من أطباء وعاملين في الخدمات المساندة بهدف تحقيق رؤية ورسالة وزارة الصحة الأردنية ولو بالحد المقبول.

تتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (الدليمي، 2005) التي أشارت نتائجها إلى أن الموارد البشرية المدعومة ماديا ومعنويا والمؤهلة والمدربة قادرة على تقديم الخدمات الصحية على أكمل وجه. ودراسة (الطراونة، 2002) التي بينت نتائجها أن شركات قطاع الصناعات الدوائية تطبق الجودة الشاملة بنسبة متوسطة. ودراسة (العمر، 2002)، التي توصلت إلى أن مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة بشكل عام في المستشفيات التعليمية من وجهة نظر الممرضين والممرضات العاملين فيها يقل بشكل جوهري عنه في المستشفيات الأخرى، وأن مدى تطبيق هذه المبادئ مرتبط بشكل جوهري عند التحسين المستمر ثم إدارة المعلومات ثم التركيز ورعاية

العميل (المريض). ودراسة (الطعامنة، 2002) التي أشارت نتائجها إلى ممارسـة وتطبيق عناصر إدارة الجودة الشاملة كانت بدرجة متوسـطة فـي وزارة الـصحة الأردنية. وتلتقي النتيجة الحالية مع نتيجة دراسة (الاحمدي، 2000) التـي بينـت إحدى نتائجها الدور المشترك للقيادات الإدارية والطبية في توجيـه ودعـم عمليـة التحسين، والمشاركة الفعالة للهيئة الطبية في جميع مراحل عملية التحـسين. كمـا تلتقي النتيجة مع نتيجة دراسة بريان وآخرون (Bryan, et, al., 2006) التي توصلت إلى أن عمليات الجمع والتحليل المستمر للتحـسين، ودعـم وتنميـة روح الفريـق واعتماد الأساليب العلمية الحديثة كلها عوامل تدعم عملية النجاح في تطبيق معـايير التحسين للجودة في المستشفيات. وتتفق كذلك مع نتائج دراسة ستاكلان (Sitakalin, 2003) التي أشارت نتائجها أن (28) مستشفى من أصل (35) يقوم بتطبيق معـايير الجودة الشاملة وذلك من خلال تدريب العاملين وإشراكهم في صنع القرار، والعناية بالمرضى وتفعيل نظام المعلومات.

أن تصورات المبحوثين لفقرات أبعاد المتغير التابع (جودة الخدمات الـصحية في المستشفيات الحكومية) قد جاءت متوسطة. واحتل بعد الاستجابة المرتبة الأولى، تلاه بعد التعاطف، وجاء في المرتبة الثالثة، بعد الاعتمادية، يلي ذلك في المرتبـة الرابعة بعد الأمان، وجاء في المرتبة الخامسة الأخيـرة بعـد الجوانـب الماديـة الملموسة.

يفهم من النتائج أعلاه أن إدارة المستشفيات المبحوثة والعاملين معهـا يبـدون تفهما لحاجات المرضى الصحية ويعملون على تلبيتها وفق الإمكانات المتاحة. وبما أن الخدمات الصحية المقدمة للمرضى تتسم بأنها إنسانية فـان تلـك المستـشفيات تتعامل مع المرضى بروح إنسانية. كما أنها توفر كافة الوسائل المادية من أجهـزة ومعدات طبية ومختبرات وخدمات التصوير الشعاعي لتقليل معاناة المرضى. وتلتقي هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (سيف، 2009) التي بينت نتائجها ضـرورة اعتمـاد معايير إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات.

توصلت الدراسة إلى أن المتغيرات الفرعية التالية (أنظمة السلامة، الخـدمات التشخيصية، تنمية الموارد البشرية، المسؤولية القانونية والاجتماعية) لها تأثير فـي بعد الاعتمادية.

يعزى ذلك إلى أن تلك المتغيرات حال توافرها تضمن تقديم الخدمة الـصحية للمريض في الموعد المناسب ودون تأخير، وتلتقي هذه النتيجة مع نتيجـة دراسـة ألكسندر وآخرون (Alexander, et,al., 2007) التي أشارت نتائجها إلى وجود علاقة إيجابية بين تطبيق معايير جودة الرعاية الطبية وانخفاض نـسبة الوفيـات ونـسبة الإصابة بعدوى المستشفيات. في حين بينت النتائج أن المتغيرات الفرعيـة التاليـة (دعم الإدارة العليا، العناية بالمريض، إدارة المعلومات، التحسين المستمر للجـودة، الخدمات الفندقية) ليس لها تأثير في بعد الاعتمادية. وقد يعزى ذلك إلـى أن تلـك المتغيرات تعمل على توفير الخدمات الصحية للمرضى بصورة غير مباشرة.

أشارت النتائج إلى أن المتغيرات الفرعية التالية (العناية بالمريض، الخـدمات التشخيصية، المسؤولية القانونية والاجتماعية) لها تأثير في بعد الاستجابة.

هذا يدل على أن تلك المتغيرات تعمل علـى تعزيـز سـلوك العـاملين فـي المستشفيات المبحوثة من أطباء وممرضين وفنيين في الاستجابة للمـريض بـشكل مباشر. في حين بينت النتائج أن المتغيرات الفرعية التالية (دعم الإدارة العليا، أنظمة السلامة، إدارة المعلومات، التحسين المستمر للجودة، الخـدمات الفندقيـة، تنميـة الموارد البشرية) ليس لها تأثير في بعد الاستجابة، وقد يعزى ذلك إلى أن اثر تلـك المتغيرات في الاستجابة للمريض يكون بشكل غير مباشر إذ تعمل على تحفيز ودفع العاملين في المستشفيات المبحوثة على تقديم خدمات الرعاية الصحية للمرضى.

كما أشارت النتائج إلى أن المتغيرات الفرعية التالية (أنظمة السلامة، الخدمات الفندقية، المسؤولية القانونية والاجتماعية) لها تأثير في بعد الأمان، ويعزى ذلك إلى أن تلك المتغيرات تعمل على حفز الإدارة على توفير الكوادر الطبية المؤهلة القادرة على أداء الخدمة الصحية بالشكل المناسب . في حين بينت النتـائج أن المتغيـرات الفرعية التالية (دعم الإدارة العليا، العناية بالمريض، إدارة المعلومـات، الخـدمات

التشخيصية، التحسين المستمر للجودة، تنمية الموارد البشرية) ليس لها تأثير في بعد الأمان.

وقد أشارت النتائج أن المتغيرات الفرعية التالية (العناية بـالمريض، أنظمـة السلامة، الخدمات التشخيصية، المسؤولية القانونية والاجتماعية) لها تأثير في بعـد التعاطف، ومعنى ذلك أن تلك المتغيرات تجعل الأطباء والعـاملين فـي الخـدمات المساندة يتعاطفون ويستجيبون لرغبات وحاجات المرضى بقـصد التخفيـف مـن معاناتهم والحفاظ على حياتهم. في حين بينت النتائج أن المتغيرات الفرعية التاليـة (دعم الإدارة العليا، إدارة المعلومات، التحسين المستمر للجودة، الخدمات الفندقيـة، تنمية الموارد البشرية) ليس لها تأثير في بعد التعاطف.

كما بينت النتائج أن المتغيرات الفرعية التالية (أنظمـة الـسلامة، الخـدمات الفندقية، تنمية الموارد البشرية، المسؤولية القانونية والاجتماعية) لها تأثير في بعـد الملموسية، ويعزى ذلك إلى كون تلك المتغيرات تتصل أساساً بالجوانب المادية فهي تؤثر وتتأثر بالجوانب المادية الملموسة. في حين بينت النتائج أن المتغيرات الفرعية التالية (دعم الإدارة العليا، العناية بالمريض، إدارة المعلومات، الخدمات التشخيصية، التحسين المستمر للجودة) ليس لها تأثير في بعد الملموسية.

توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية فـي تـصورات العاملين نحو تطبيق معايير اعتماد المستـشفيات بأبعادهـا مجتمعـة تبعـاً للنـوع الاجتماعي وهذا معناه توافق أفراد عينة الدراسة الذكور والإناث في الـرأي حـول تطبيق معايير اعتماد المستشفيات وهذا يفسر بأن برامج التدريب على الجودة كانت تدور حول نفس الهدف والمضمون وبنفس المعلومة الا وهو بتطبيق هذه المعـايير سيعود ذلك على تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى.

وجود فروقات ذات دلالة إحصائية في تصورات العاملين نحو تطبيق معـايير اعتماد المستشفيات بأبعادها مجتمعة حسب متغيرات (العمر، المؤهل العلمي، الخبرة العملية، المستوى الوظيفي). وقد كانت الفروق فيما يتصل بمتغير العمر لصالح الفئة العمرية (51 سنة فأكثر) على حساب الفئات العمرية (30 سنة فأقل، 31-40 سنة)، ومعنى ذلك أن موظفي هذه الفئة العمرية لديهم الخبرة الطويلة والرشـد والعقلانيـة

لإدراك تطبيق معايير المستشفيات، ومنهم من يشغل الوظائف القيادية والإشـرافية التي من خلالها يطلعون على خطط الـوزارة فيمـا يتعلـق بمعـايير الاعتمـاد. وبخصوص المؤهل العلمي فقد بينت النتائج أن الفروق كانت لصالح حملـة درجـة الثانوية العامة فما دون على حساب حملة درجة الدبلوم، ويعزى ذلك إلى كون تلـك الفئة أكثر تصوراً لمعايير اعتماد المستشفيات من نظيرتها حملة درجة الدبلوم. أمـا ما يتعلق بمتغير الخبرة فقد أشارت النتائج أن الفروق كانت لـصالح ذوي الخبـرة (16-25 سنة) على حساب ذوي الخبرات (5 سنوات فاقل، 6-15 سنة) ومرد ذلك أن ذوي الخبرة الطويلة في العمل الطبي والعمل المساند لمهنة الطب لديهم المعرفة والقدرة على تصور تطبيق معايير المستشفيات. وأخيراً بينت النتـائج أن الفـروق كانت لصالح المدراء ورؤساء الأقسام على حساب الموظفين، كون تلك الفئات على اتصال بالخطط الموضوعة بغية التطور ومواكبة العالم من نظرائهم الموظفين.

وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تصورات العاملين نحو جودة الخـدمات الصحية بأبعادها مجتمعة تبعاً للمتغيرات (النوع الاجتماعي ، العمر، المؤهل العلمي، الخبرة العملية، المستوى الوظيفي). وقد كانت الفروق لصالح الذكور ذوي المتوسط الحسابي الأعلى على حساب الإناث، ويعزى ذلك إلى أن بعض الـذكور يـشغلون وظائف إشرافية وقيادية فهم أكثر تصوراً وإدراكاً لجودة الخدمات الصحية.

فيما يتعلق بمتغير العمر فقد كانت الفروق لصالح الفئـة العمريـة (51 سـنة فأكثر) على حساب الفئات العمرية (30 سنة فأقل، 31-40 سنة)، ومعنى ذلـك أن الموظفين هذه الفئة العمرية لديهم الخبرة الطويلة والرشد والعقلانية لإدراك جـودة الخدمات الصحية، ومنهم من يشغل الوظائف القيادية والإشرافية التي مـن خلالهـا يطلعون على خطط الوزارة فيما يتعلق بأبعاد متغير جودة الخدمات الصحية.

بخصوص المؤهل العلمي فقد كانت الفروق كانت لصالح حملة درجة الثانوية العامة فما دون وحملة درجتي البكالوريوس والدراسات العليا على حـساب حملـة درجة الدبلوم، ومرد ذلك أن حملة تلك الدرجات أقدر على التصور من حملة درجة الدبلوم الذين في العادة يشغلون وظـائف فنيـة بعيـدا عـن العمـل الإداري فـي المستشفيات المبحوثة.

أما ما يتعلق بمتغير الخبرة فقد أشارت النتائج أن الفروق كانت لـصالح ذوي الخبرة (16-25 سنة) على حساب ذوي الخبرة (6-15 سنة)، ومرد ذلـك أن ذوي الخبرة الطويلة في العمل الطبي والعمل المساند لمهنة الطب لديهم المعرفة والقـدرة على تصور جودة الخدمة الصحية من ذوي الخبرات القليلة والمتوسـطة. وأخيـراً كانت الفروق لصالح رؤساء الأقسام على حساب الموظفين، كون رؤسـاء الأقـسام على اتصال بالإدارة ولديهم معرفة ودراية بالخدمة الصحية والخطط المعدة بهـدف الوصول إلى الجودة والسرعة والدقة في الأداء.

3.4 التوصيات:

توصلت الدراسة إلى مجموعة التوصيات التالية:

1. تحسين بيئة العمل داخل المستشفيات الحكومية، وإدماج معايير جـودة الأداء في تنظيم الرقابة والتوجيه وتقويم العاملين، وربط الحوافز الماديـة والمعنويـة بجودة تقديم الخدمات الصحية، وتبني إجراء مسوحات لرضا العاملين وبـشكل دوري للإسهام في إزالة العقبات التي تعيق تقديم الخـدمات الـصحية بـالجودة المطلوبة، وتفعيل أنظمة المواعيد.
2. توسيع دائرة المشاركة في أعمال تطبيق معايير الاعتماد وفي تنفيـذ خطـط الرعاية والخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات.
3. إعداد وتنفيذ البرامج الخاصة التي تهدف للاهتمام والحفـاظ علـى صـحة العاملين كونهم الطاقات المبدعة ومحور التفاعل والتواصل والتنافس.
4. المباشرة في حوسبة الملفات الطبية الخاصة بالمرضى وبالشكل الذي يـسهل الرجوع إليها واستدعائها وقت الحاجة.
5. إعداد كوادر مؤهلة وذات مهارة كافية في كل مستشفى للتعامل مع المرضى ذوي الاحتياجات الخاصة.
6. اجراء المزيد من البحوث في المستقبل للتعرف علـى اتجاهـات المـديرين ومقارنتها مع اتجاهات العاملين لفهم طبيعة واقع عملية تطبيـق معـايير ادارة الجودة الشاملة بصورة افضل.

7. اجراء المزيد من الدراسات حول تطبيق معايير الاعتمـاد فـي الاجهـزة الحكومية مع تناول معوقات تطبيق ادارة الجودة الشاملة.
8. توصي الباحثة بأجراء المزيد من الدراسات التي تشمل المستشفيات الاردنية التي تتبع القوات المسلحة والقطاع الخاص وعلى ضوء حصول تلك المستشفيات على شهادة الاعتماد الدولية.
9. توصي الباحثة بأجراء المزيد من الدراسات حول مدى تأثير تطبيق معـايير الاعتماد الوطنية لجودة الخدمات في المستشفيات على رضى المرضى وذويهـم ومن ثم العمل على تحقيق احتياجاتهم ومتطلباتهم والتعرف على اوجه القـصور في الخدمات المقدمة من قبل تلك المستشفيات.
10. ضرورة زيادة الاهتمام بمبدأ التحسين المستمر وذلك مـن خـلال الاهتمـام بصحة وسلامة ورضى العاملين وتوفير الفرص الكافية لتثقيفهم ورفع مستوياتهم في مجال الجودة.

المراجــع

أ. المراجع العربية:

إبـراهيم، إحـسان إبـراهيم الله جـابو. (2009). **إدارة الجـودة الـشاملة فـي المستشفيات**، دار الجنان للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، ط1.

أبو النصر، مدحت. (2008). **أساسيات إدارة الجـودة الـشاملة**، ط1، القـاهرة-جمهورية مصر العربية: دار الفجر للنشر والتوزيع.

أبو نبعه، عبدالعزيز؛ مسعد، فوزية. (1998). إدارة الجـودة الـشاملة: المفـاهيم والتطبيقات، **مجلة الإداري**، مسقط-سلطنة عمان، مجلد(20)، العـدد(74)، ص69-111.

الأحمدي، حنان عبدالرحيم. (2000). التحسين المستمر للجودة: المفهـوم وكيفيـة التطبيق في المنظمات الصحية، **مجلة الإدارة العامـة**، الريـاض-المملكـة العربية السعودية، مجلد(40)، العدد(3)، ص409-439.

الأحمدي، طلال بن عايد. (2009). **إدارة الرعاية الصحية**، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، الإدارة العامة للطباعة والنشر، الرياض-المملكـة العربيـة السعودية.

الإستراتيجية الصحية الوطنية الأردنية. (2008-2012). **المجلس الصحي العالي**، الأمانة العامة، المملكة الأردنية الهاشمية.

أوزجان، بشار. (2008). **الأساليب الكمية في إدارة الرعايـة الـصحية: تقنيـات وتطبيقات**، ترجمة عبدالمحسن بن صالح الحيدر، مركز البحوث، الرياض-المملكة العربية السعودية: معهد الإدارة العامة للطباعة والنشر.

البرغوثي، سلوى عبداللطيف. (2006). **واقع إدارة الجودة الـشاملة فـي قطـاع الصناعات الدوائية الفلسطيني: دراسة تحليلية لوجهـة نظـر المـديرين**، المؤتمر العلمي الثاني (الجودة الشاملة في ظل إدارة المعرفـة وتكنولوجيـا المعلومات "26، 27 نيسان"، جامعة العلوم التطبيقيـة الخاصـة، عمـان-الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع، ص49-50.

البكري، سونيا محمد. (2004). **إدارة الجودة الكلية**، الإسكندرية-جمهورية مصر العربية.

البلداوي، عبدالحميد عبدالمجيد؛ نديم، زينب شكري محمود. (2007). **إدارة الجودة الشاملة والمعولية (الموثوقية) والتقنيات الحديثة في تطبيقها واستدامتها**، عمان-الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.

البياتي، حسين ذنون. (2005). **المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات: وجهة نظر معاصرة**، ط1، الأردن-عمان: دار وائل للطباعة والنشر.

التميمي، إياد. (2006). إدارة الجودة الشاملة وأثرها على الأداء الوظيفي للعاملين (دراسة ميدانية في عينة من البنوك التجارية الأردنية، دراسة منشورة في **مجلة الجودة الشاملة في ظل إدارة المعرفة وتكنولوجية المعلومات**، 26-27 نيسان المؤتمر العلمي الثاني، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، ص73-75.

جاد الرب، محمد سيد. (1996). **إدارة المنظمات الصحية والطبية: منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة**، القاهرة-جمهورية مصر العربية.

جاد الرب، محمد سيد. (2008). **الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية**، القاهرة-جمهورية مصر العربية.

جرادة، عز الدين. (2004). مصطلحا (الجودة والإتقان) في العربية مع الفرق بينهما، **مجلة الجودة في التعليم العالي**، الجامعة الإسلامية، غزة-فلسطين، مجلد(1)، عدد(1)، ص12-16.

جودة، محفوظ أحمد. (2004). **إدارة الجودة الشاملة: مفاهيم وتطبيقات**، عمان-الأردن: دار الأوائل للطباعة والنشر.

الحداد، عواطف إبراهيم. (2009). **إدارة الجودة الشاملة**، ط1، عمان-الأردن: دار الفكر للنشر والطباعة.

الخدمات الطبية الملكية. (1،2009). **اعتماد المستشفيات**، مديرية الخدمات الطبية الملكية.

الخدمات الطبية الملكية. (2،2009). **بيان معلومات الاعتماد في مجـال الرعايـة الصحيحة**، مديرية الخدمات الملكية.
الخشالي، شاكر جار الرب. (2006). إدارة الجودة الشاملة في البنـوك الأردنيـة: دراسة تحليلية مقارنة بين البنك العربي وبنك الإسكان للتجـارة والتمويـل، **مجلة الإداري**، مسقط-سلطنة عمان، مجلد(28)، عدد(106)، ص65-104.
خوجه، توفيق أحمد. (2010). **معجم جودة الرعاية الصحية، تفسير المصطلحات، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة لدول مجلـس التعـاون،** الطبعـة العربية الثانية، الرياض-المملكة العربية السعودية.
الدرادكه، مأمون سليمان. (2008). **إدارة الجودة الشاملة وخدمة العمـلاء،** ط1، عمان-الأردن: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
الدرادكه، مأمون؛ الشبلي، طارق. (2001). **إدارة الجودة الشاملة،** ط1، عمـان-الأردن: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
الدليمي، رضا. (2005). **أثر إعادة هندسة الأعمال على جودة الخدمات الصحية: دراسة تطبيقية على المستشفيات الحكومية في الموصل،** رسالة ماجـستير منشورة، كلية الإدارة والاقتصاد جامعة الموصل، العراق.
الديوه جي، أبي سعيد عبدالله. (2003). النوعية والجودة فـي الخـدمات: دراسـة تحليلية لآراء المرضى في عينة من المستـشفيات العامـة، **مجلـة تنميـة الرافدين،** كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة الموصـل، العـراق، عـدد(73)، ص44-48.
ذياب، صلاح محمود. (2009). **إدارة المستشفيات والمراكز الـصحية الحديثـة: منظور شامل،** الطبعة الأولى، عمان-الأردن: دار الفكر للنشر والتوزيع.
زيدان، سلمان. (2010). **إدارة الجودة الشاملة: الفلسفة ومداخل العمـل،** الجـزء الأول ط1، عمان-الأردن: دار المناهج للنشر والتوزيع.
ساعاتي، عبدالإله. (1998). **مبادئ إدارة المستشفيات،** ط1، القـاهرة-جمهوريـة مصر العربية: دار الفكر العربي للطباعة والنشر.

المري ، مؤيد ،السالم، محمد. (2005). مدى تطبيق ركائز إدارة الجودة الشاملة في الشركات الصناعية الصغيرة في دولة قطـر، **المجلـة العربيـة لـلإدارة،** القاهرة-جمهورية مصر العربية، مجلد(25)، عدد(1)، ص45-81.

السامرائي، مهدي الصالح. (2007)، **إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي والخدمي،** ط1، عمان-الأردن: دار جرير للنشر والتوزيع.

السكارنة، بلال خلف. (2009). **دراسات إدارية معاصرة،** ط1، عمان-الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

سنجق، غالب محمـود. (2010). **معـايير اللجنـة المتحـدة الدوليـة لاعتمـاد المستـــشفيات JCIA (Joint Commission International Accreditation) بين النظرية والتطبيق،** ط1، دار الإعلام للنشر والتوزيع والطباعة.

سيف، ناصر إبراهيم محمد (2009)، **أثر تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة فـي المستشفيات الحكومية الأردنية من وجهة نظر الأطباء،** دراسة دكتوراه غير منشورة، عمان – الأردن، جامعة عمان العربية للدراسات العليا.

سيفر، مات. (2007). **المرجع العالمي لإدارة الجودة (مهارات الإدارة للمحترفين)،** ترجمة د.خالد العمري، الجيزة-جمهورية مصر العربية: دار الفاروق للنشر والتوزيع.

شعبان، إياد عبدالله. (2009). **إدارة الجودة الشاملة: مدخل نظري وعملـي نحـو ترسيخ ثقافة الجودة وتطبيق معـايير التميـز،** ط1، عمـان-الأردن: دار زهران للنشر والتوزيع.

شعث، كمالين. (2004). الجودة. معاني ودلالات، **مجلة الجودة في التعليم العالي،** الجامعة الإسلامية، غزة-فلسطين، مجلد(1)، عدد(1)، ص17-19.

الشميمري، أحمد بن عبدالرحمن. (2001). جودة الخدمات البريدية فـي المملكـة العربية السعودية، **مجلة الإدارة العامة،** الرياض-المملكة العربية السعودية، مجلد(41)، عدد(2)، ص265-302.

شو، باتريشيا؛ اليوت، كريس؛ اسحاقسون، بولي؛ مـورفي، اليزابيـث. (2007). **تحسين الجودة والأداء في الرعاية الصحية (أداة من أجل التعليم المبرمج)،** ترجمة طلال بن عايد الأحمدي، مركز البحوث، الإدارة العامـة للطباعـة والنشر، الرياض-المملكة العربية السعودية.

صحيفة الاقتصادية الالكترونية. (2008). **جـودة الرعايـة الـصحية والاعتمـاد الدولي.**

الصيرفي، محمد. (2006). **إدارة الجـودة الـشاملة TQM**، ط1، الإسـكندرية-جمهورية مصر العربية: مؤسسة حورس للنشر والتوزيع.

الطاهر، علاء فرج. (2010). **إدارة الموارد والجـودة الـشاملة،** ط1، عمـان-الأردن، دار الراية للنشر والتوزيع.

الطراونه، محمد أحمد. (2002). الجودة الشاملة والقدرة التنافسية: دراسة تطبيقيـة على قطاع الصناعات الدوائية في الأردن، **مجلة دراسات (العلوم الإدارية)،** عمان-الأردن، مجلد(29)، عدد(1)، ص32-46.

الطعامنه، محمد. (2001). إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي (دراسة حالة وزارة الصحة، **أبحاث اليرموك، سلسلة العلـوم الإنـسانية والاجتماعيـة،** مجلد(17)، عدد(1)، آذار، جامعة اليرموك، اربد-الأردن، ص85-112.

عبدالسيد، ناظم حسن. (2009). **محاسبة الجودة: مدخل تحليلي،** ط1، دار الثقافـة للنشر والتوزيع.

عبوي، زيد منير. (2006). **إدارة الجودة الشاملة،** ط1، عمان-الأردن، دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع.

العجارمه، تيسير. (2005). **التسويق المصرفي،** ط1، عمان-الأردن: دار الحامـد للنشر والتوزيع.

العزاوي، محمد عبدالوهاب. (2005). **إدارة الجودة الشاملة،** الطبعـة العربيـة، عمان-الأردن: دار اليازوري العلمية للطباعة والنشر.

عقيلي، عمر وصفي. (2001). **مدخل إلـى المنهجيـة المتكاملـة إدارة الجـودة الشاملة (وجهة نظر)،** ط1، عمان-الأردن: دار وائل للطباعة والنشر.

العلي، عبدالستار. (2008). **تطبيقات إدارة الجودة الشاملة**، ط1، عمـان-الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

العمارين، مسعود هاني. (2007). **أثر تطبيق مبادئ الجودة الشاملة فـي بلـورة التميز التنظيمي من نظر العاملين في دائرة الجمـارك الأردنيـة**، رسـالة ماجستير قسم الإدارة العامة، جامعة مؤتة، الكرك-الأردن.

العمر، بدران بن عبدالرحمن. (2002). مدى تطبيق مبادئ الجودة الـشاملة فـي مستشفيات مدينة الرياض من وجهة نظر ممارسي مهنة التمـريض، **مجلـة الإدارة العامة**، الرياض-المملكة العربية السعودية، مجلـد(42)، عـدد(2)، ص307-351.

العنزي، فهد مشهور. (2007). **اتجاهات العاملين والعملاء لجودة الخدمة المدركة في شركة الاتصالات السعودية في المنطقـة الـشمالية (تبـوك)**، رسـالة ماجستير، الأردن، جامعة مؤتة.

غنيم، كمال أحمد. (2004). النقد الأدبي ومفهوم الجودة، **مجلة الجودة في التعلـيم العالي**، الجامعة الإسلامية، غزة-فلسطين، مجلد(1)، عدد(1)، ص22-25.

فيلد، ديل بستر؛ كارول، شن؛ جلين، بستر فيلد. (2004). **إدارة الجودة الـشاملة**، ترجمة راشد بن محمد الجمالي، الرياض-المملكة العربية السعودية: النـشر العلمي للطباعة.

القحطاني، سالم سعيد. (1993). إدارة الجودة الشاملة وإمكانية تطبيقها في القطـاع الحكومي، **مجلة الإدارة العامة**، الريـاض-المملكـة العربيـة الـسعودية، مجلد(23)، عدد(78)، ص31-65

كوش، هيو. (2002). **إدارة الجودة الشاملة، تطبيق إدارة الجودة الـشاملة فـي الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها (TQM)**، ترجمة طلال بـن عايد الأحمدي، راجع الترجمة خالد بن سعيد، مركز البحوث لمعهـد الإدارة العامة، الرياض-السعودية: الإدارة العامة للطباعة والنشر.

اللجنة الإقليمية للشرق الأوسط. (2003). **اعتماد المستشفيات ومؤسسات التعليم الطبي (التحديات والتوجهات المستقبلية)،** منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي، وثائق الدورة، القاهرة-جمهورية مصر العربية، الدورة(30).

ماضي، محمد توفيق. (2005). **تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية في مجال الصحة والتعليم: نموذج مفاهيمي مقترح،** القاهرة-جمهورية مصر العربية، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية.

مجلس اعتماد المؤسسات الصحية(2009)، Health Care Accreditation Council (HCAC) avaliable on http://www.hcac.jo/default.aspx?tabid ،

محارمه، ثامر محمد. (2008). تصورات موظفي الأجهزة الحكومية القطرية لمدى توافر متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة: دراسة ميدانية، **المجلة العربية للإدارة،** القاهرة-جمهورية مصر العربية، مجلد(28)، عدد(1)، ص91.

محمد، حسين عبدالعال. (2006). **الاتجاهات الحديثة في إدارة الجودة والمواصفات القياسية (الآيزو) (9000-90014) وأهم التعديلات التي أدخلت عليها،** الإسكندرية-جمهورية مصر العربية: دار الفكر الجامعي للطباعة والنشر.

المحياوي، قاسم نايف علوان. (2005). **إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الآيزو (2000-9001)،** ط1، عمان-الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

المحياوي، قاسم نايف علوان. (2006). **إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم، عمليات، تطبيقات،** ط1، عمان-الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.

مخيمر، عبدالعزيز؛ الطعامنه، محمد. (2003). **الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات: المفاهيم والتطبيقات،** القاهرة- جمهورية مصر العربية، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية (بحوث ودراسات).

مطالقه، إخلاص. (2007). توكيد الجودة وتطوير الرعاية الصحية في المستشفيات، **مجلة الدواء العربي** (تصدر عن شركة أكديما)، السنة(25)، عدد(52)، ص26-30.

المنصور، ياسر منصور الحاج رشيد. (1997). **إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الأردني: دراسة ميدانيـة مقارنـة بـين المستـشفى الإسـلامي ومستشفى البشير،** رسالة دكتوراه، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة بغداد.

نصيرات، فريد. (2007). الجودة الشاملة والأداء المؤسسي: دراسـة اسـتطلاعية على آراء المديرين في بعض المستشفيات في القطاع الخاص الأردني فـي محافظة عمان/الأردن، **مجلة دراسات (العلوم الإدارية)،** الجامعة الأردنيـة: عمادة البحث العلمي، عمان-الأردن، مجلد(34)، عدد(2)، ص238-257.

هيجان، عبدالرحمن أحمد محمد. (1994). **منهج علمـي لتطبيـق مفـاهيم إدارة الجودة الكلية، مجلة الإدارة العامة،** الرياض-المملكة العربيـة الـسعودية، مجلد(34)، عدد(3)، ص405-493.

وكالة التنمية الأمريكية (USAID). (2009). **تدعيم تطبيـق معـايير ومتطلبـات الاعتماد، SABEQ.**

ويليامز، ريتشارد ل. (1999). **أساسيات إدارة الجودة الشاملة،** ط1، سلسلة العمل بذكاء، الرياض-المملكة العربية السعودية: مكتبة جرير.

ب. المراجع الأجنبية:

Alexander, J., Weiner, B., Shortell, S., Backer, L. (2007). **Does quality improvement implementation affect hospital quality of care.** EBSCO.

Angle, L. R. (2000). **Total quality management: origins and evolution of the team.** Available on: http://repositorio.bib.upct.rs/dspace/bitst/10317/441/1/tqm2.pdf.

Aziendali, S. R. (2003). **Total quality management in public healthcare: A study of Italian and Irish hospitals.** TQM, Vol.14, 2, 141-150. EBSCO.

Berte, L. (1993). **Developing performance standards for hospital personnel**, ASCP Press, Chicago.

Bishop, W. J. (2003). **QM Workforce and employee involvement**: The pivotal role of teamwork. (on-line) Available on: http://www.questia.com/googleScholar-qst;jsessionid.

Brown A. J. (2005). **The health care quality handbook.** J.B., Quality Solutions Pasadena. USA.

Bryan, J. W., Jeffrey, A. A., Stephen, M. S., Luaurance, C. B., Mark B.,

Jeffrey, J. G. (2006). Quality improvement implementation and hospital performance on quality indicators. **Health Services Research**, Vol.41, Issue2, p.307-334.

Charles Z., Patrick A. R. and George M. (1998). Obstacles to the application of total quality management in health-care organization. **TQM total quality management**, Vol.9, No.1, 57-66. EBSCO.

David, H. (2007). **Quality management essential**, first edition, USA.

Denton, K. (1996). **How to give quality services to your customer**, UBS (Universal Book Stall), New Delhi.

Diego, P. (2006). Efficiency and total quality management in health care organizations. **Ann Oper. Res.** 145: 281-299. EBSCO.

Doetsch, D. L. and Stanley B. D. (2006). **Quality management Introduction to total quality management for production, processing, and services**, fifth edition, USA.

Francois, P., Peyrin, J, Touboul M., Labarere J., Reverdy T., and Vinck D. (2003). **Evaluating implementation of quality management system in a teaching hospital's clinical departments,** international journal for quality in healthcare, http://inqhc.oxfordgournals.org/cgi/content/absctract/15/1/47.

Health Care Accreditation Council (HCAC). (2009). **hospital accreditation standards**, second edition.

Heuer, J. A. (2002). **Testing the relationship between measures of patient satisfaction and hospital accreditation ratings**. Unpublished doctoral dissertation. Seton Hall University.

Kotler, P. (1997). Ma**rketing Management: Analysis planning, implement and control,** ninth edition, Prentice Hall, N. Y.

Messina, D. J. (2005). **The effect of patient satisfaction on inpatient volume growth in teaching VS.** non-teaching hospitals in New Jersey. Unpublished doctoral dissertation. Seton Hall University.

Rawlins R. (2001). **Hospital accreditation is important.** Available: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1119860.

Ronald, N. A. (2005). **Hospitality management strategies**. Prentic Hall. Pearson.

Shortell, M. S., O'Brien, J., Carman M. J., Foster W. R., Hughes, X. E, Boerstler, H. and O'Commor, E. J. (1995). Assessing the impact of continuous quality improvement /Total quality management: Concept versus implementation, **health services research**, June.

Sitakalin, P. (2003). **Maintaining Resources.** Available: http://www.skymark.com/resaurces/leadres/juran.asp.

USAID. (2005). **Guidelines for hospitals to prepare to meet hospital accreditation standards**. Jordan.

Voss, C. A., Roth, A. V., Rosenzweig, E. D., Blackmon, K., Chase, R. B. (2004). A table of two countries, Conservatism, Services quality and feedback on customer satisfaction. SAGE Publication. **Journal of Services Research.**

Wagner, C., Gulacsi, L., Takacs, E. and Outinen, M. (2006). The implementation of quality management systems in hospitals: A comparison between three countries. **Journal of BMC Health Services Research,** 6, 50. Vol.14, Supplement I:7-16.

Walter, H. W. (1984). **Evaluation of health care**. Oxford.

WHO. (2007). **What is the evidence about hospital quality Strategies? World Health Organization Regional Office for Europe.**

Young, G. J., Charns, M., Deseca, M. (1997). Implementation of total quality management: **facilitators and barriers abstract book association health services research meeting**, 14:322.

الملحق (أ)

استبانة الدراسة

الملحق (أ)

استبانة الدراسة

بسم الله الرحمن الرحيم

أختي الموظفة / أخي الموظف:

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

تقوم الباحثة بدراسة بعنوان (**أثر تطبيق معايير الاعتماد الوطنية للمستشفيات على جودة الخدمات الصحية, دراسة تطبيقية على المستشفيات الحكومية الأردنية المدنية المطبقة لبرنامج الجودة من وجهة نظر العاملين فيها**) وتهدف هذه الاستبانة إلى جمع البيانات اللازمة لإتمام هذه الدراسة.

أرجو تفضلكم بتعبئة فقرات الاستبانة بكل موضوعية وذلك بقراءة كل فقرة ثم الإجابة بوضع إشارة (✓) على المربع المناسب, علماً أن المعلومات سوف تستخدم لأغراض البحث العلمي وستعامل بسرية تامة.

شكراً لحسن تعاونكم الذي سيكون أساساً لنجاح الرسالة.

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته.

الباحثة

زينة طارق العاني

القسم الأول: يغطي المتغيرات الشخصية والوظيفية لعينة الدراسة (الجنس والعمر والمؤهل العلمي والمستوى الوظيفي والخبرة والمهنة).

1. الجنس:

( ) ذكر　　　( ) أنثى

2. العمر:

( ) 30 سنة فأقل　　　( ) 31 إلى 40 سنة

( ) 41 إلى50 سنة　　　( ) 51 سنة فأكثر.

3. المؤهل العلمي:

( ) ثانوية عامة فما دون　　　( ) دبلوم

( ) بكالوريوس　　　( ) دراسات عليا.

4. المستوى الوظيفي:

( ) مدير　　　( ) رئيس قسم

( ) موظف.

5. الخبرة:

( ) 5 سنوات فاقل　　　( ) 6 إلى 15 سنوات

( ) 16 إلى 25 سنة　　　( ) 26 سنة فأكثر.

6. المهنة:

( ) طبيب　　　( ) ممرض

( ) إداري　　　( ) فني ((تخدير, أشعة, مختبر, علاج طبيعي, غير ذلك)).

القسم الثاني: يتعلق بالفقرات التي تقيس العامل المستقل معايير الاعتماد الوطنية للمستشفيات وهي (دعم الإدارة العليا, العناية بالمريض, أنظمة السلامة, إدارة المعلومات, الخدمات الفندقية, الخدمات التشخيصية, تنمية الموارد البشرية, التحسين المستمر, المسؤولية القانونية والاجتماعية):

الرقم	الفقـــــــرات	درجة الإجابة				
		موافق تماماً	موافق	موافق بدرجة متوسطة	غير موافق	غير موافق تماماً
	دعم الإدارة العليا (تحرص إدارة المستشفى على القيام بالمسؤوليات الآتية):					
.1	تقوم الإدارة العليا في المستشفى الذي أعمل فيه بوضع نظام للمتابعة المستمرة على الموارد المتاحة.					
.2	يتم تطبيق برنامج معد لتحسين الجودة من قبل الإدارة العليا في المستشفى الذي أعمل فيه.					
.3	تقوم الإدارة العليا بالتأكد من تطبيق المستشفى لجميع القوانين والأنظمة.					
.4	تحرص الإدارة العليا على إيجاد قنوات اتصال مباشر مع كافة الموظفين.					
.5	تتابع الإدارة العليا تطوير خطط المستشفى الذي اعمل فيه باستمرار.					
	العناية بالمريض (يقوم المستشفى بإتباع سلسلة مترابطة من الإجراءات لتقديم الخدمات إلى المريض منذ دخوله وحتى إخراجه من المستشفى متمثلة بالآتي):					
.6	يلبي المستشفى الذي أعمل فيه احتياجات مرضاه بصورة فعالة.					
.7	يستطيع المستشفى الذي أعمل فيه تحديد أولويات تقديم الرعاية الصحية للمرضى.					
.8	تشارك جميع الوظائف (طبيب، ممرض، صـيدلي،... الـخ). فـي المستـشفى الذي أعمل به على وضع خطة الرعاية الطبية للمريض.					
.9	يتم تطبيق الرعاية الصحية في المستشفى الذي أعمل فيه حسب المعايير الوطنية التي تضمن جودة الخدمة الصحية.					
.10	يؤمن المستشفى الذي أعمل فيه خدمات التحويل الخارجي للمرضى الذين لا يتوفر لهم العلاج في المستشفى.					
	أنظمة السلامة (تمتلك المستشفى أنظمة السلامة المساعدة على تحسين شروط البيئة من خلال الآتي):					
.11	يحرص المستشفى الذي أعمل فيه على تأمين الشروط المساعدة في تأكيد بيئة سليمة.					
.12	يأخذ المستشفى كافة الاحتياطات اللازمة للحالات الطارئة التي تواجههم.					

الرقم	الفقـــــــرات	درجة الإجابة				
		وافق تماماً	وافق	موافق بدرجة متوسطة	غير موافق	غير موافق تماماً
.13	يعمل المستشفى الذي أعمل فيه على إيجاد خطط للتخلص من المواد والنفايات الخطرة.					
.14	يحرص المستشفى على تنفيذ برنامج للتقليل من مخاطر العدوى المكتسبة.					
.15	تهتم المستشفى الذي أعمل فيه بصحة العاملين وفقا للقوانين والأنظمة الحكومية.					
	إدارة المعلومات (السجلات الطبية) تمتلك المستشفى خطة لتلبية احتياجات الكادر الطبي والفني والإداري من المعلومات من خلال الآتي:					
.16	يحتفظ المستشفى الذي أعمل فيه بملف طبي لكل مريض يكون أساسا لتقييم الحالة الصحية وعلاجها.					
.17	يسمح في المستشفى الذي أعمل فيه فقط للأشخاص المخولين الوصول للسجلات الطبية الخاصة بالمرضى.					
.18	يزود المستشفى الذي أعمل فيه المريض بتقرير تفصيلي عن حالته المرضية عند مغادرته.					
.19	يحرص المستشفى الذي أعمل فيه الحفاظ على خصوصية السجل الطبي للمرضى.					
.20	يحرص المستشفى الذي أعمل فيه على توفير نسخة احتياطية للسجل الطبي المفقود للمرضى.					
	الخدمات الفندقية (تحرص إدارة المستشفى على توفير الخدمات الفندقية المساندة لضمان تقديم الرعاية الصحية للمرضى من خلال الآتي):					
.21	يطبق المستشفى الذي أعمل فيه إجراءات تعقيم صحية ملائمة.					
.22	يقوم المستشفى الذي أعمل فيه بتوفير غرف انتظار ملائمة لزائري المستشفى.					
.23	يقوم المستشفى الذي أعمل فيه بتوفير مستلزمات تضمن سهولة انتقال المرضى إلى غرف الفحص والتصوير.					
.24	يقوم المستشفى الذي أعمل فيه بتوفير خدمات تنظيف الملابس وتعقيمها بشكل صحي سليم.					
.25	يقوم المستشفى الذي أعمل فيه بتوفير خدمات الطعام والشراب بشكل يلائم كل مريض.					
	تنمية الموارد البشرية (تتأكد الإدارة من توفر العدد والتنوع الكافي من الكوادر الخبيرة والمؤهلة لكل وظيفة في المستشفى من خلال الآتي):					
.26	تطبق إدارة الموارد البشرية خطة مكتوبة للتوظيف تشمل الكفاءة والخبرة المطلوبة لكل وظيفة.					

الرقم	الفقـــــــرات	وافق تماماً	وافق	موافق بدرجة متوسطة	غير موافق	غير موافق تماماً
		درجة الإجابة				
27.	يحتفظ المستشفى الذي أعمل فيه بملفات الكادر الطبي تحتوي على جميع الوثائق المتعلقة بأهلية وكفاءة مقدمي الخدمة.					
28.	يجري المستشفى الذي أعمل فيه مسوحات لرضى العاملين ليكون المستشفى مكان مريح للعمل.					
29.	يتبنى المستشفى الذي أعمل فيه خطة تقويم لأداء العاملين بشكل دوري.					
30.	يطبق كل قسم في المستشفى الذي أعمل فيه برامج متخصصة للتعليم والتدريب المستمر.					
	الخدمات التشخيصية (يوفر المستشفى الخدمات التشخيصية المناسبة لتحديد التشخيص الصحيح ووصف العلاج المناسب بواسطة الآتي):					
31.	يوفر المستشفى الذي أعمل فيه خدمات بنك الدم على مدار 24 ساعة.					
32.	يوفر المستشفى الذي أعمل فيه خدمات المختبر على مدار 24 ساعة.					
33.	يوفر المستشفى الذي أعمل فيه توفير خدمات الأشعة على مدار 24 ساعة.					
34.	يطبق المستشفى الذي أعمل فيه برنامج صيانة للأجهزة التشخيصية وحسب توصيات الشركات المصنعة.					
35.	يضع المستشفى الذي أعمل فيه جداول زمنية متوقعة لنتائج وتقارير الفحوصات المطلوبة (الأشعة والمختبر) للحالات الطارئة والروتينية.					
	التحسين المستمر (تحرص إدارة المستشفى على إجراء التحسين المستمر على الطرق والإجراءات والأداء من خلال الآتي):					
36.	يضم المستشفى الذي أعمل فيه وحدة إدارية لتحسين الجودة.					
37.	يحرص المستشفى الذي أعمل فيه على إقامة برامج تدريبية تهدف إلى نشر ثقافة الجودة لدى العاملين.					
38.	يحرص المستشفى الذي أعمل فيه على تقصي نقاط الضعف لإجراء التحسينات الضرورية لذلك.					
39.	يهتم المستشفى الذي اعمل فيه باقتراحات العاملين نحو تحسين الجودة.					
40.	يشترك جميع المدراء بما فيهم المدراء الصحيين (الأطباء الذين يشغلون مناصب إدارية) في دعم ثقافة التحسين المستمر في المستشفى.					
	المسؤولية القانونية والاجتماعية (تحرص إدارة المستشفى على تلبية حقوق أو واجبات المرضى واحتياجاتهم من خلال الآتي):					
41.	يقدم المستشفى الخدمات الصحية لمرضاها دون تمييز.					
42.	يهتم المستشفى الذي أعمل فيه باقتراحات المرضى.					

الرقم	الفقـــــــرات	درجة الإجابة				
		وافق تماماً	وافق	موافق بدرجة متوسطة	غير موافق	غير موافق تماماً
43.	تسهل الإدارة حصول المريض على نشرات تبين حقوقه المعتمدة في المستشفى.					
44.	يتم الحصول على موافقة المريض أو من ينوب عنه لجميع الإجراءات والخدمات الطبية الاعتيادية قبل تقديمها.					
45.	يوفر المستشفى الذي أعمل فيه موظفين متخصصين للتعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة.					

القسم الثالث: الفقرات التي تقيس العامل التابع وهو جودة الخدمات الـصحية بأبعادهـا (الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف، الجوانب المادية الملموسة):

ارقم	الفقـــــــــــــرات	درجة الإجابة				
		وافق تماماً	وافق	موافق بدرجة متوسطة	غير موافق	غير موافق تماماً
	الاعتمادية (وهي ثبات تقديم الخدمات الجيدة بشكل صحيح ودائم)					
	يحرص المستشفى الذي أعمل فيه على تقديم الخدمة المناسبة لجميع المرضى.					
	تنفذ الإجراءات الطبية في المستشفى الذي اعمل فيه وفقاً لمواعيدها المحددة دون تأخير.					
	تعتمد المستشفى الذي أعمل فيه الدقة في الفواتير المالية الصادرة منها.					
	يواظب العاملين المستشفى الذي أعمل فيه على تقديم الخدمات الصحية للمرضى بشكل دؤوب.					
	الاستجابة (القدرة على التعامل بفاعلية وبشكل فوري مع احتياجات المرضى)					
	تقدم المستشفى الذي أعمل فيه الخدمات الطبية الطارئة دون الانتظار لمعرفة التفاصيل الرسمية للحالة.					
	يبدي العاملين في المستشفى الذي أعمل فيه استعداد لتلبية كل حاجات المرضى الصحية.					
	يرغب العاملون في المستشفى الذي أعمل فيه بتقديم المساعدة للمرضى باستمرار.					

الرقم	الفقـــــــــــرات	موافق تماماً	موافق	موافق بدرجة متوسطة	غير موافق	غير موافق تماماً
		درجة الإجابة				
	يظهر العاملون في المستشفى الذي أعمل فيه استجابة سريعة للتعامل مع المشاكل التي تواجههم.					
	التعاطف (القدرة على التعامل مع المرضى بشفافية واحترام واهتمام وصداقة)					
	يتعاطف العاملون في المستشفى الذي أعمل فيه مع المرضى بطريقة إنسانية.					
	تضع إدارة المستشفى الذي أعمل فيه مصلحة المريض أولاً.					
	يتعامل كادر المستشفى الذي أعمل فيه مع المرضى على أساس روح المرح والصداقة.					
	يبدي العاملون في المستشفى الذي أعمل فيه اهتماماً لجميع المرضى دون استثناء.					
	الآمان (وهي التحرر من المخاطر والمجازفة والخوف والتردد من طالب الخدمة)					
	يمتلك العاملون في المستشفى الذي أعمل فيه المعرفة الكافية للإجابة على أسئلة المرضى واستفساراتهم.					
	يمتلك العاملون في المستشفى الذي أعمل فيه المهارات الكافية لتقديم الخدمات الطبية بشكل جيد.					
	يتوفر عدد كافي من الكادر الطبي الذي يقدم الخدمات الصحية لكل مريض.					
	يعزز الكادر الطبي للمستشفى الثقة في نفوس المرضى.					
	الجوانب المادية الملموسة (المظهر الخارجي للتسهيلات المادية، والآلات، والمظهر الخارجي للعاملين، واستخدام الموارد المناسبة)					
	يتوفر لدى المستشفى معدات وأجهزة تقنية حديثة.					
	يتوفر المستشفى الذي أعمل فيه مواقف لسيارات المرضى والزائرين.					
	يبدو الكادر الطبي على درجة عالية من حسن المظهر في لباس الزي الرسمي.					
	يمتاز موقع المستشفى الذي أعمل فيه بأنه مناسب يخلق جو من الراحة والهدوء للمرضى.					

الملحق (ب)

المحكمون

المحكمون

الرقم	الاسم	مكان العمل
1	د.نضال الحوامدة	جامعة مؤته/الكرك
2	د.حلمي شحاده	جامعة مؤته
3	د.خالد الزعبي	جامعة مؤته
4	د.زياد المعشر	جامعة مؤته
5	د.حسين العزب	جامعة مؤته
6	د.غازي أبو قاعود	جامعة مؤته
7	د.فاطمة الربابعه	جامعة مؤته
8	د.فيروز الضمور	جامعة مؤته
9	د.ياسر منصور الحاج رشيد المنصور	جامعة البلقاء التطبيقية/ عمان-جبل الحسين
10	د.ثامر ياسر البكري	جامعة العلوم التطبيقية الخاصة/عمان